Die Münchener Medicin. Wochenschrift erscheint wöchentlich in Nummern von mindestens 2 Bogen. Preis vierteljährig 5 ℳ, praenumerando zahlbar. Einzelne Nummer 60 ₰.

MÜNCHENER MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Zusendungen sind zu adressiren: Für die Redaction Karlstrasse 8. — Für Abonnement an J. F. Lehmann, Landwehrstr. 12. — Für Inserate und Beilagen an Rudolf Mosse, Promenadeplatz 16.

(FRÜHER ÄRZTLICHES INTELLIGENZ-BLATT)

ORGAN FÜR AMTLICHE UND PRAKTISCHE ÄRZTE.

Herausgegeben von

Dr. Bollinger, München. Dr. Heineke, Erlangen. Dr. G. Merkel, Nürnberg. Dr. Michel, Würzburg. Dr. H. v. Ranke, München. Dr. v. Schleiss, München. Dr. v. Winckel, München. Dr. v. Ziemssen. München.

№ 35. 30. August 1892. Redacteur: Dr. B. Spatz, Karlstrasse 8. Verlag: J. F. Lehmann, Landwehrstr. 12. 39. Jahrgang.

Originalien.

Aus der chirurgisch-orthopädischen Privatklinik des Privat-Docenten Dr. A. Hoffa in Würzburg.

Zur pathologischen Anatomie der Sklerodermа.[1])

Von Dr. *Albert Hoffa*, Privatdocent der Chirurgie in Würzburg.

Unter Sklerodermа (sc. Adultorum) versteht man bekanntlich eine chronisch verlaufende Hauterkrankung, welche in circumscripter oder aber auch in sehr diffuser Weise auftretend, zu einer brettartigen Härte und Starrheit der befallenen Hautpartien führt.

Das klinische Bild dieser Erkrankung ist ein wohlgekanntes; dagegen ist die Aetiologie derselben und ihre pathologisch-anatomische Unterlage noch Gegenstand eifriger Discussion.

Es mag daher wohl von Interesse sein, hier kurz über einen von mir beobachteten Fall zu referiren, zumal derselbe in den Anfangsstadien der Erkrankung beobachtet und durch Exstirpation des erkrankten Gewebes alsbald geheilt wurde.

Am 3. März l. J. trat der 34 Jahre alte Maurermeister H. in meine Klinik ein. Derselbe hatte vor etwa einem Jahre vorübergehend an einer scheinbar rheumatischen Affection seines linken Kniegelenkes gelitten, war dann wieder gesund geworden und erst mit dem Beginne dieses Jahres wieder erkrankt. Zuerst glaubte er, dass sich wieder eine Kniegelenksentzündung, diesmal aber auf der rechten Seite entwickeln würde. Er empfand zunächst ein unangenehmes Gefühl der Spannung an der Innenseite des rechten Oberschenkels. Später ging dieses Gefühl der Spannung in wirkliche Schmerzhaftigkeit über, so dass der Patient völlig arbeitsunfähig wurde. Nachdem die Schmerzen etwa 8 Tage bestanden hatten, bemerkte der Patient eine von Tag zu Tag sich mehr vergrössernde und sich mehr und mehr über das Niveau der übrigen Haut erhebende teigige Anschwellung an der schmerzhaften Stelle, welche nach Befragen des Arztes mit Jodtinctur eingepinselt wurde. Die Schmerzen liessen jedoch nicht nach, wurden im Gegentheil noch heftiger. 4 Wochen nach Beginn der Erkrankung wurde der Patient mir zugeschickt.

Ich fand einen im Allgemeinen gut entwickelten Mann, der jedoch durch das Leiden in seinem Ernährungszustand sichtlich heruntergekommen war. An dem erkrankten rechten Beine fand ich das Kniegelenk intact. Dagegen verlief an der Innenseite des Oberschenkels genau dem Verlaufe der Vena saphena folgend eine leistenartige Anschwellung der Haut, die vom Niveau des Kniegelenks beginnend bis an die andere Grenze des oberen Drittels des Oberschenkels heranragte. Im Ganzen hatte die etwa spindelförmig gestaltete Anschwellung eine Länge von 21 cm, an der breitesten Stelle hatte sie eine Breite von 5 cm. Ueber das Niveau der übrigen Haut erhob sie sich etwa 1½ cm. Die Haut über der Anschwellung sah in Folge des eingepinselten Jodes röthlich aus. Die Anschwellung liess sich im ganzen Umfange gut von der Unterlage abheben und etwa wie eine Wurst auf derselben verschieben. Man fühlte bei dem Verschieben ganz deutlich, dass man nur Haut unter den Fingern hatte. Diese Haut selbst liess sich nicht in Falten legen; sie fühlte sich vielmehr gleichmässig verdickt und hart an, doch hatte man nicht sowohl das Gefühl einer festen, als vielmehr das einer mehr teigigen Resistenz; von einem Oedem war aber dabei keine Rede. Der Fingerdruck blieb in keiner Weise bestehen. Die Anschwellung ging allseitig mit deutlicher Grenze in die Nachbarhaut über.

Nach dem Befund unterlag es mir keinem Zweifel, dass ich es mit einem circumscript aufgetretenen Sklerodermа zu thun hatte.

Da die bisher durch Darreichung von Roborantien, durch Bäder, Einreibungen von Salben und Massage erzielten therapeutischen Erfolge bei dem Sklerodermа sehr wenig erfreuliche Erfolge geliefert haben, andererseits aber das circumscripte Sklerodermа gern in das diffuse übergeht und die Prognose bezüglich der Heilung eine recht ungünstige ist, schlug ich dem Patienten vor, sich die ganze befallene Hautpartie bei dem einer Operation günstigen Sitze derselben exstirpiren zu lassen. Der Patient willigte gern ein und so umschnitt ich denn unter Esmarch'scher Blutleere die ganze erkrankte Partie mit elliptischen Schnitten und konnte sie dann ohne Mühe von der Unterlage ablösen. Dann löste ich den Schlauch und musste eine Menge blutender Gefässe unterbinden. Wegen der starken Spannung vereinigte ich durch die Naht nur die Enden der Wunden, legte Jodoformgaze auf und bedeckte dann nach 8 Tagen die granulirenden Partien mit vom anderen Oberschenkel genommenen Thiersch'schen Transplantationen. Die Heilung erfolgte darauf anstandslos. Der Patient verlor alsbald seine Schmerzen und kann jetzt wieder in vollem Maasse seiner schweren Arbeit vorstehen. Ich hatte ihn für heute Abend zur Demonstration hierherbestellt, er schrieb mir jedoch, dass er wegen vieler Arbeit nicht abkommen könne.

Interessant ist nun das Ergebniss der histologischen Untersuchung der excidirten Hautpartien. Ein Theil derselben wurde mit dem Gefriermikrotom, ein anderer Theil nach Härtung in Müller'scher Flüssigkeit und Sublimatlösung geschnitten.

Gehen wir von aussen nach innen, so zeigt sich die Epidermis von normaler Dicke; das Stratum corneum besteht aus wenigen Lagen plattenförmiger Zellen und tritt an Volumen entschieden gegenüber dem Stratum Malpighii zurück. Die Papillen sind im Ganzen normal gespalten, nur hie und da erscheinen sie etwas verlängert zu sein.

Die von der Epidermis ausgehenden epithelialen Gebilde selbst, die Haare mit ihren Talgdrüsen und die Schweissdrüsen weisen keine Abnormität auf; dagegen findet sich in der bindegewebigen Scheide dieser Epithelschläuche eine ausgeprägte kleinzellige Infiltration. Eine ebensolche findet sich in den Scheiden der subpapillar gelegenen Blutgefässen.

Das Corium besteht in seinen oberen wie tieferen Lagen aus lockerem Bindegewebe, dessen einzelne Fibrillen an dünnen Schnitten deutlich getrennt hervortreten. Die elastischen Fasern treten in den mit Orcein gefärbten Präparaten sehr schön und reichlich hervor; doch sind dieselben nach dem sachverständigen Urtheil des Collegen Du Mesnil nicht vermehrt oder verändert.

Sehr prägnant ist nun das Verhalten der Blutgefässe. Die Venen und Capillaren zeigen keine nennenswerthen Abweichungen. Dagegen zeigen sich solche und zwar die wichtigsten des ganzen Bildes überhaupt an den Arterien.

Was diese Veränderungen der Arterien betrifft, so werden an den meisten von ihnen die histologischen Details durch eine ungemein dichte, diffuse Durchsetzung derselben mit Rundzellen verdeckt. An den grösseren lassen sie sich dagegen deutlich verfolgen (Fig. I.). Man erkennt hier zunächst in der Adventitia eine meist umschriebene Zellwucherung, welche die lockeren Bindegewebsbündel auseinanderdrängt. Der Adventitia gegenüber sind die Media und Intima in diffuser Weise verändert.

[1]) Vortrag, gehalten am 2. Juli 1892 in der physikal.-medicin. Gesellschaft zu Würzburg.

Die Media zeigt zwar noch eine deutliche concentrische Anordnung ihrer einzelnen Lagen, doch sind die einzelnen Lagen durch zellige Infiltrationen und durch theilweise neugebildete Bindegewebszellen auseinandergedrängt. Die Membrana elastica interna an der inneren Grenze der Media fehlt vollständig. Die Bindegewebsneubildung in der Media greift vielmehr unmittelbar auf die Intima über. Diese ist in ganz diffuser Weise verdickt. Die Verdickung beruht theils auf einer Neubildung von faserigem Bindegewebe, welches theils von einzelnen Zellnestern, theils von dicht aneinanderliegenden Zellen durchsetzt ist. Durch die Wucherung der Intima erscheint das Lumen der betreffenden Gefässe bedeutend verengt, vielfach auch fast ganz obturirt.

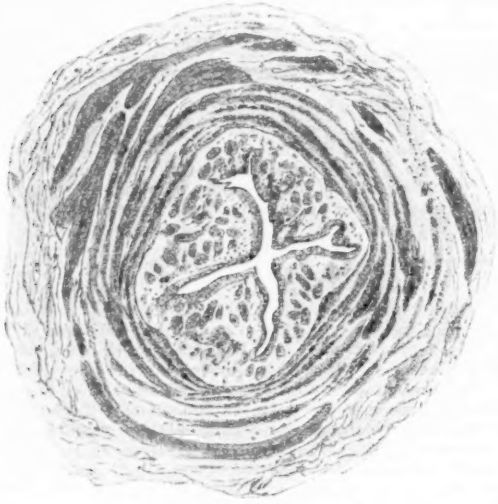

Fig. I. S. IV. Oc. I.

Nach dem subcutanen Fettgewebe hin finden sich stellenweise ganz ausserordentlich dichte zellige Infiltrationen (Fig. II.). Am diffusesten sieht man dieselben in der unmittelbaren Umgebung der Fettzellen und erkennt sehr schön, wie sich die zelligen Massen zwischen die einzelnen Elemente der Fetträubchen hineinschieben. Stellenweise finden sich in den zelligen Infiltrationen Spuren von Blutextravasaten.

Fig. II. S. IV. Oc. I.

An den Nerven lassen sich bei Anwendung der verschiedenen Färbemethoden Veränderungen nicht constatiren.

Ueberblicken wir noch einmal das gesammte sich uns darstellende mikroskopische Bild, so handelt es sich im Wesentlichen um eine zellige Infiltration in den Scheiden der Drüsen und der Fetträubchen und ganz besonders um eine Veränderung der Arterien. Wir können den sich in diesen abspielenden Process je nach der überwiegenden Betheiligung der einzelnen Häute als Peri-, Mes- und Endartitis fibrosa bezeichnen und müssen nach dem ganzen uns sich ergebenden Eindruck unbedingt annehmen, dass das Wesen des sklerodermischen Processes im Wesentlichen in der Erkrankung der Hautarterien zu suchen ist.

Jedenfalls handelt es sich in unserm Falle um eine erst im Entstehen begriffene Sklerodermie, denn erst durch die Schrumpfung des aus der zelligen Infiltration neu entstandenen Bindegewebes entsteht das eigentliche atrophische Stadium der Erkrankung, das dann durch die wirkliche Sklerose der Haut charakterisirt ist.

Wir haben die vorstehende Mittheilung hauptsächlich deshalb gemacht, weil unser Befund sich absolut deckt mit einem Befund, den Dinkler[2]) in einer ausführlichen Arbeit über die Sklerodermie gelegentlich der anatomischen Untersuchung eines frischen Falles kürzlich geschildert hat. Wir wollen nur noch hinzufügen, dass in Präparaten, die wir nach der Gram'schen Methode gefärbt haben, keine Spur von Mikroorganismen nachweisbar war.

Aus der medicinischen Universitäts-Poliklinik in Würzburg.

Zur Frage der Enteroptose.

Von Dr. *Leonhard Krez*, Arzt in Bad Reichenhall, bisher I. Assistent der Poliklinik.

Schon in den ältesten Zeiten hatten ein Hippokrates und Galen sich die Frage vorgelegt: Welches Verhältniss besteht zwischen den krankhaften Veränderungen in den Unterleibsorganen einerseits, zwischen gestörtem Allgemeinbefinden anderseits? Und war auch im Laufe der Jahrhunderte fast jede Lehre über die Entstehung, die Art und das Wesen der Krankheiten bezweifelt, verworfen und wieder auf's Neue begründet worden, fast allgemein geblieben war der Glaube, dass eine Wechselbeziehung herrscht zwischen der Stimmung des Geistes, dem Wohlbefinden des Körpers und zwischen der „Stimmung" des Magens und der geordneten Thätigkeit von Leber und Darm. „Der Ausdruck „chronische Unterleibsbeschwerden" ist unter den Gebildeten in Deutschland verbreitet genug, um eine grosse Erklärung überflüssig zu machen; ich meine jene lange Reihe von Erscheinungen, welche mit Unregelmässigkeiten des Stuhlganges, Verdauungsstörungen, lästigen Empfindungen im Unterleibe, allgemeiner Verstimmung beginnt und mit vollendeter Hypochondrie, Hysterie etc. endet."

So schrieb Virchow[1]) vor fast 40 Jahren. Er hatte damals aber nicht allein die Beschwerden eingehender geschildert, sondern auch aufmerksam gemacht, wie die Grundlage dazu in mannigfachen umschriebenen Entzündungen, in Lageveränderungen der Baucheingeweide zu suchen sei.

Virchow's Ausführungen über diesen Gegenstand fanden nicht die wünschenswerthe Beachtung und nur langsam reifte die Erkenntniss der Verlagerung eines Organes, der Niere.

Rayer[2]) behandelte zuerst ausführlich die Wanderniere. Symptome, Diagnose und Therapie werden von ihm eingehend gewürdigt.

Schlag auf Schlag folgten jetzt die Veröffentlichungen über die Wanderniere und fast ebenso zahlreich als die Beschreibungen dieses Zustandes waren die Ansichten über die Entstehung desselben.

„Die bewegliche Niere ist wohl grösstentheils angeboren, worauf die Verlängerung der Gefässe deutet", lehrte Oppolzer.[3])

Bei der von allen Beobachtern bestätigten Wahrnehmung, dass die Wanderniere sich vorzugsweise beim weiblichen Geschlechte findet, lag es nahe, die Gründe dafür in den Vor-

---

[2]) M. Dinkler, Zur Lehre der Sklerodermie. Deutsches Archiv für klinische Medicin. Bd. 48, 5. und 6. Heft, Seite 514 ff.

[1]) Virchow, Archiv für patholog. Anatomie und Physiologie. 1853. V. p. 281.

[2]) Rayer, Traité des maladies des reins. Paris, 1841.

[3]) Wiener medicinische Wochenschrift, 1856, No. 42.

gängen des weiblichen Organismus selbst zu suchen. Das Schnüren vor allen Dingen wurde als Veranlassung der Wanderniere beschuldigt. Durch starkes Zusammenpressen des unteren Thoraxabschnittes wird ein Druck auf das massigste Organ, die Leber, vorzugsweise von vorne und von rechts ausgeübt und dieselbe nach hinten und gegen die Mittellinie verschoben. Bei jeder Respiration nun wird die Leber auf die Niere, an welche sie fest angepresst ist, einen verstärkten Druck ausüben und dieselbe, bei Andauer dieses Mechanismus, aus ihrer ursprünglichen Lage verdrängen, sie langsam beweglich machen. Zuletzt hat noch Fischer-Benzon[4]) das häufige gleichzeitige Bestehen von Wanderniere und Schnürleber bei einer grösseren Zahl von Sectionen bestätigt gesehen. Das häufige Vorkommen der fraglichen Veränderungen auch bei den Kranken der Polikliniken spricht nicht gegen den Einfluss des Schnürens. Unsere Patientinnen sündigen darin in ihren jungen Jahren zum grossen Theil nicht weniger, als ihre vom Glück begünstigteren Altersgenossinnen, und gilt es gar noch, wie manchmal, eine Gravidität möglichst lange den Augen der Welt zu verbergen, dann helfe, was helfen mag. Durch die Mitwirkung der Leber wäre es auch zu erklären, warum die rechte Niere bei weitem häufiger und auch in weniger engen Grenzen beweglich ist, als die linke.

Aber nicht jedes Schnüren hat stets eine wandernde Niere im Gefolge. Die stärkste Abschnürung der Leber, die ich je gesehen, betraf einen im Dienste ergrauten Polizei-Corporal. Und trotz jahrzehntelangen Tragens der Säbelkoppel fand sich bei der Obduction keine bewegliche Niere, allerdings bei einem kräftigen, fettreichen, innerhalb weniger Tage an einer croupösen Pneumonie verstorbenen Manne.

Schwund des Fettes überall, Schwund des Fettes auch in der Nierenkapsel wurde weiterhin für das Entstehen einer Wanderniere verantwortlich gemacht. Gewiss! Die Mehrzahl der mit Wanderniere zur Untersuchung kommenden Kranken zeigt hochgradige Magerkeit, dünne Bauchdecken etc. Dann ist die Diagnose eine leichte.[5])

Um es hier gleich vorwegzunehmen. Ich halte jede Niere, deren respiratorische Verschieblichkeit sich palpiren lässt, für pathologisch gelagert. Wenn ich mich erinnere, wie bei heftigen Beschwerden der Kranken sich nur eine so verlagerte Niere nachweisen lässt, wie mit geeigneten Maassnahmen diese Beschwerden verschwinden oder wenigstens sich bessern, so glaube ich, dass auch einer so geringgradigen Abweichung von der Norm doch schon eine klinische Bedeutung zuzuschreiben ist.

Den oben erwähnten Fettschwund lässt Senator[6]) allerdings als Ursache der Wanderniere nicht gelten. „Dagegen spricht schon der Umstand, auf welchen Lanceraux hinweist, dass nämlich bei kleinen Kindern, bei denen die Kapsel noch gar kein Fett enthält, die Ektopie der Nieren so gut wie gar nicht vorkommt. Und noch mehr spricht gegen jene Annahme die Thatsache, dass bei Männern, welche doch wahrlich einem rapiden Fettschwunde durch Krankheiten, Ausschweifungen, Sorgen etc. ebenso sehr und wohl noch mehr ausgesetzt sind, als Weiber, dass, sage ich, bei Männern das Leiden doch so auffallend selten ist. Die Thatsache wäre ja ganz räthselhaft, wenn das Fett so wichtig für das Festhalten der Niere wäre."

Weiterhin sollte die Menstruation Schuld sein an der Wanderniere. Durch die Hyperämie Ausdehnung der Nierenkapsel, Beweglichwerden des mit Aufhören der Hyperämie wieder verkleinerten Organes. Weitaus wichtiger für die Entstehung des fraglichen Zustandes scheinen Schwangerschaften zu sein, besonders wenn sie rasch nach einander folgen. Erschlaffung der Bauchdecken, Relaxation der Bänder bedinge das Beweglichwerden der Niere. Dazu noch die oben schon erwähnte, während der Gravidität so oft verstärkte Wirkung des Schnürleibes.

Aber auch mit dieser Erklärung ist nicht auszukommen. Auf der einen Seite so viele Frauen, die trotz häufiger Geburten keine Wanderniere haben, und auf der anderen Seite die nicht so selten zu machende Beobachtung von Wandernieren bei Nulliparen.

Man suchte weiter und Landau[7]) machte zuerst auf die Bedeutung gynäkologischer Störungen aufmerksam. Für Wanderniere und Lageveränderungen der Geschlechtsorgane die gemeinsame Ursache: mehr weniger häufige Entbindungen, und dazu der directe Zug, der bei verlagerten Beckenorganen durch den Ureter an den Nieren ausgelöst werden soll.

Veranlassung zur Entstehung einer Wanderniere kann weiterhin bei den Frauen des Volkes die bei schwerer Arbeit erhöhte Wirkung der Bauchpresse geben, bei den Damen der besseren Stände die durch Tanzen und Reiten gesetzte Erschütterung.

Auch nach einem Stoss, nach einem Schlag, der die Lendengegend unmittelbar traf, ist das Auftreten der beweglichen Niere wiederholt schon beobachtet worden. Dass endlich ein in der Niere sich entwickelnder Tumor (Carcinom, Sarkom etc.) dieselbe tiefer treten, gelegentlich auch beweglich werden lässt, bedarf keiner ausführlichen Begründung.

Wenn aber Mann[8]) seine Ansicht allgemein dahin zusammenfasst, dass „die Veranlassung, welche ein Organ des Bauchraumes zum Wandern bringt, in erster Linie auf der Zunahme seines Gewichtes beruhen kann", so ist nicht abzusehen, warum Leber und Milz, die doch so häufig eine Vergrösserung erfahren, so selten das Wandern anfangen, zumal wenn die Grundkrankheit noch eine allgemein consumirende ist.

Eine Reihe von Ursachen also beschuldigt, keine sicher bewiesen, gegen jede gewichtige Einwände vorgebracht.

So hat heute noch die Ansicht Lindner's[9]) Geltung, „dass es sich in den meisten Fällen um angeborene Anomalien oder wenigstens um eine in der ersten Anlage beginnende Disposition handelt, zu deren weiteren Entwicklung allerdings eine grosse Anzahl von Hülfsursachen beitragen kann".

Hatten die Lageveränderungen der Niere lange Zeit, trotz aller Erörterungen hierüber, mehr eine begrenzte Beachtung gefunden, so ward das Interesse daran ein wesentlich regeres, seitdem Bartels zuerst auf das gleichzeitige Vorkommen von Nierendislocation und Magenektasie hingewiesen hatte.

Wird die rechte Niere in dem zusammengeschnürten Thorax gepresst, so soll sie nach vorne und innen ausweichen und die Pars descendens duodeni comprimiren, wodurch eine wenigstens theilweise Verlegung dieses Organes bedingt und der Abfluss des Mageninhaltes erschwert wird. Handelt es sich zudem, wie so häufig, um allgemein schwächliche Individuen, dann wird die motorische Kraft des Magens nicht ausreichen, das Hinderniss zu beseitigen: es kommt zur Ansammlung grösserer Mengen von Mageninhalt, zu ihrer Zersetzung, zur mechanischen Dehnung des Magens, zu einer mehr weniger typischen Gastrektasie. Nur dann freilich soll die Dilatation eine bedeutende werden, wenn ihre Entstehung noch in das Kindesalter fällt.

Auch Lindner[10]) führt alle die von den Trägerinnen rechtsseitiger Wanderniere angegebenen Beschwerden auf ein gemeinsames Princip zurück: gehinderter Austritt des Mageninhaltes in den Darm, Stauung des Inhaltes im Magen. Uebelkeit, Aufstossen, Appetitlosigkeit und Erbrechen finden in der nun stattfindenden Zersetzung ihre Erklärung; für wichtig hält er dabei den regelmässig vorkommenden Foetor ex ore.

Landau[11]) leugnet die Möglichkeit, dass durch eine Wanderniere eine Stenosirung des Darmes zu Stande kommen könne. Eine Erklärung scheint ihm vielmehr darin zu liegen, „dass das hintere parietale Blatt des Peritoneums gleichzeitig das vordere Blatt der Nierenkapsel ist und, die Nierengefässe bedeckend, über den Zwölffingerdarm hinweggeht, so dass bei einer Dislocation der Niere nach vorne, innen und unten es sowohl links als rechts um so leichter zu Verziehungen und Abknickungen der Duodenumschenkel kommen muss, als diese, besonders aber die Flexura duodeno-jejunalis durch ziemlich

[4]) Fischer-Benzon, D. J. Kiel, 1887.
[5]) Ausführliches über Technik der Untersuchung bei Kuttner. D. J. Berlin, 1890.
[6]) Charité Annalen, 1881.
[7]) Landau, die Wanderniere der Frau. Berlin, 1881.
[8]) Mann, Deutsche medicinische Wochenschrift, 1891, p. 1033.
[9]) Lindner, Münchener medicinische Wochenschrift, 1890.
[10]) Lindner, l. c.
[11]) Landau, l. c.

straffes Bindegewebe an die Wirbelsäule fixirt und verhältnissmässig unnachgiebig sind". Ist die Niere aber einmal in ihrer Beweglichkeit so weit nach unten gelangt, so wird sie auf das Duodenum vielleicht einen Zug ausüben, gewiss aber nur in den seltensten Fällen eine Stenosirung bedingen, dann wohl vorzugsweise, wenn entzündliche Vorgänge sich angeschlossen haben.

Den oben aufgeführten Ansichten über den Zusammenhang zwischen Magenerweiterungen und Veränderungen in der Lage der rechten Niere trat Litten[12]) auf dem 6. Congress für innere Medicin entgegen. Er nahm eine primäre Insufficienz der Magenmusculatur an mit secundärer Ektasie des Magens und dadurch bedingter Dislocation der rechten Niere (nach oben und etwas nach aussen) mit Beweglichkeit.

Die damaligen Ausführungen Litten's haben aber schon aus dem Grunde nur mehr ein historisches Interesse, weil Litten[13]) selbst später seine Ansicht dahin berichtigte, „dass er in dem gleichzeitigen Vorkommen von Magenektasie und Dislocation der rechten Niere nicht immer einen Causalnexus, sondern bisweilen nur eine Coïncidenz sieht".

In der an Litten's Vortrag in Wiesbaden sich anschliessenden Debatte bekannten damals auch Nothnagel, Quincke und v. Leube sich zur Annahme eines mehr zufälligen Zusammentreffens und auch späterhin fasste v. Leube[14]) seine Erfahrung dahin zusammen, dass man nicht berechtigt sei, die bei der beweglichen Niere gefundene Gastrektasie auf die Wirkung der ersteren zurückzuführen. Ebenso glaubt Ewald[15]) gleichwie Lindner, dass in der Mehrzahl der Fälle offenbar kein enger Zusammenhang, sondern „eine einfache Coïncidenz" besteht (Ewald).

Dabei bestätigt aber v. Leube ebenso wie Ewald und Nothnagel das häufige Zusammentreffen beider Veränderungen. So konnte es nicht ausbleiben, dass man immer wieder nach einem Causalnexus suchte, und Rüdel[16]) kommt in seiner unter Vierordt's Leitung erschienenen Dissertation neuerdings zu dem Resultate, dass es sich bei rechtsseitiger Wanderniere um Zerrungen am Duodenum handelt. „Diese haben bewirkt: Tiefstand des Pylorus, Dilatation des Magens, Ikterus in einzelnen Fällen".

Liegt das Hinderniss aber am Duodenum, so muss es unter Umständen zur Erweiterung des rückwärts gelegenen Theiles des Zwölffingerdarmes kommen und in der That finde ich einen Sectionsbericht von Heller[17]), in welchem eine Ausdehnung des oberen horizontalen Duodenumtheiles neben Ektasie des Magens und neben stark beweglichen Nieren verzeichnet ist. Mit der fortschreitenden Erweiterung des Duodenums ist aber auch noch weiterhin eine relative Insufficienz der Pylorusklappe zu erwarten und doch fand Rüdel unter 7 Fällen von Wanderniere und Gastrektasie 6mal den Pylorus schlussfähig.

Aber nicht allein mit greifbaren Magenveränderungen wurde die bewegliche Niere in Zusammenhang gebracht. Seitdem, besonders durch die Arbeiten v. Leube's, die nervöse Dyspepsie sich ihr Bürgerrecht in der Medicin erworben, finden wir unter den verschiedenen Veränderungen, die auf reflectorischem Wege diesen Zustand bedingen sollten, auch die Wanderniere aufgeführt. „Die Thatsache eben, dass der Magen im Mittelpunkte eines weitverzweigten Nervengeflechtes liegt, welches nahezu alle Organe der Körperhöhle auf directen oder indirecten Bahnen zu ihm in Beziehung setzt, bringt es mit sich, dass jeder an irgend einer Stelle dieses Geflechtes ausgeübte Reiz am Magen, gleichwie an einem peripheren Endapparate, zum Ausdruck gelangen kann".[18])

Einen Reiz an diesem Geflechte auszuüben, vermag aber nicht allein die bewegliche, die gesenkte Niere. Es ist das Verdienst Glénard's[19]), Badearzt in Vichy, zuerst das Tiefertreten aller oder fast aller Baucheingeweide, die von ihm sogenannte Enteroptose, für die nervöse Dyspepsie verantwortlich gemacht zu haben. In Folgendem seien die wesentlichsten Bestandtheile der neuen Lehre kurz angeführt: Eine grosse Zahl von verwickelten Krankheitsbildern, welche mit keiner organischen Veränderung im Zusammenhange zu stehen scheinen und für gewöhnlich bezeichnet werden mit den Ausdrücken Neurasthenie, Neurosen, neuropathischer Zustand, Dyspepsie, Magenschwindel etc., gehen aus von einer Veränderung des intestinalen Gleichgewichtes (statique intestinale). Die Flexura hepatica des Colons senkt sich, weiterhin das Colon transversum, vorzugsweise in seiner rechten Hälfte, und der Magen. An einer Stelle zeigt das zwischen Magen und Quercolon ausgespannte grosse Netz eine Verstärkung, das in Ansatz und Ausdehnung stets gleiche „Ligamentum pyloricolicum", welches eine Gegend der grossen Curvatur, 4—6 cm vom Pylorus, verbindet mit einem Punkte des Colon transversum, der etwas nach rechts von der Mitte desselben gelegen ist. An der so fixirten Stelle des Grimmdarmes nun kommt es mit dem Tiefertreten der rechten Flexur zur Knickung, zur Enterostenose. Der jenseits der Verengerung aber gelegene Abschnitt des Quercolons zieht sich zusammen, die Wand verdickt sich, die „Corde colique transverse" ist palpabel. „2 cm oberhalb des Nabels fühlt man einen flachen Strang, 2—2½ cm breit, kaum 1 cm dick, dessen quere Richtung senkrecht die der Aorta kreuzt; dieser Strang setzt sich fort nach rechts von diesem Gefässe, wo er noch auf die Länge von 5—6 cm wahrnehmbar ist".

Bei dem weiterhin auftretenden Prolapse des Dünndarmes wird durch die Arteria meseraica superior und ihren „Faisceau fibreux" eine Stenose des Duodenums an seinem Uebergange in das Jejunum bewirkt, eine Erweiterung des Zwölffingerdarmes und des Magens.[20]) Senkungen der Leber und der Milz können sich anschliessen.

Die häufigen Lageveränderungen der Niere sind für Glénard nur ein Glied in der ganzen Kette von Erscheinungen; es giebt für ihn keine Nephroptose ohne Enteroptose. Durch einen Uterusvorfall wird gelegentlich das ganze Bild noch vervollständigt.

Als Ursache beschuldigt Glénard in erster Linie das Wochenbett, weiterhin Traumen.

Die Diagnose ist leicht vollständig zu sichern. Man stelle sich hinter den Kranken, lege beide Hände in das Hypogastrium und übe nun einen Druck von unten nach oben und innen aus. Vermindern sich dann die Beschwerden, um mit Entfernung der Hände sogleich wieder in alter Heftigkeit aufzutreten, dann handelt es sich sicher um Enteroptose.

Die Therapie besteht in Anlegung eines Beckengürtels, Darreichung von Alkalien, Verwendung von Abführmitteln, Diätvorschriften.

So weit in Kürze die Ausführungen Glénard's. Die deutschen Aerzte wurden durch Ewald[21]) zuerst, im Jahre 1890, damit bekannt gemacht, während die Franzosen alsbald ein lebhaftes Interesse an der neuen Lehre gezeigt hatten. „Die Aufmerksamkeit des Auslandes hat der Abhandlung Glénard's nicht gefehlt. Ihrer Gewohnheit gemäss schreiben unsere Nachbarn ihn schon ab, ohne ihn anzuführen. Lassen wir ihnen nicht das Recht, eines schönen Tages unter einem unrechtmässigen Stempel uns das zurückzuschicken, was in der Arbeit unseres Collegen neu und originell ist." Mit diesen Worten schloss Féréol den Bericht, den er in Verbindung mit Besnier und Vidal[22]) der Société médicale erstattete. Er bestätigte dabei im Wesentlichen die Ausführungen Glénard's, wie er[23]) auch später wieder einige Fälle von Enteroptose erwähnte, bei welchen er durch Anlegung eines Beckengürtels glänzende Erfolge erzielt hatte.

Seit längerer Zeit widmen wir in der medicinischen Uni-

---

[12]) Verhandlungen des Congresses für innere Medicin. Wiesbaden, 1887.
[13]) Deutsche medicinische Wochenschrift, 1890, p. 274.
[14]) Specielle Diagnose der inneren Krankheiten, 1889, p. 331.
[15]) Ewald, Die Krankheiten des Magens, 1889, p. 128.
[16]) Rüdel, D. J. Jena, 1890.
[17]) Heller in: Mittheilungen für den Verein Schleswig-Holsteinischer Aerzte, Heft 11, angeführt bei Fischer-Benzon.
[18]) Ewald, l. c.
[19]) Application de la Méthode naturelle á l'analyse de la dyspepsie nerveuse. Lyon médical, 1885.
[20]) Vergl. Sectionsbefund bei Legroux, Société médicale, 1885.
[21]) Berliner klinische Wochenschrift, 1890, p. 277 ff.
[22]) Société médicale, 1886, p. 509.
[23]) Société médicale, 1888, p. 462.

versitätspoliklinik dahier den fraglichen Veränderungen unsere stete Aufmerksamkeit und zumal bei der verschwindend kleinen Zahl von Sectionen, die bis jetzt vorliegen[24]), bot es doppeltes Interesse, eine wegen Enteroptose schon längere Zeit in unserer Beobachtung und Behandlung gestandene Patientin obduciren zu können.

Anna H., Taglöhnersfrau, war im Alter von 35 Jahren während des Jahres 1890 zum erstenmale wegen Magenbeschwerden in der Poliklinik behandelt worden; die Symptome von Seiten des Magens waren damals derartige, dass sie die Annahme eines Magengeschwüres nahelegten.

Zu Beginne dieses Jahres stellte sich Patientin wieder vor. Aus der Anamnese sei das für unsere Zwecke Wichtigste hier angeführt: Hat 5mal geboren. Die Beschwerden von früher, die nach der Behandlung wohl gebessert, aber nicht verschwunden waren, hatten neuerdings in erhöhtem Grade sich geltend gemacht: Appetitlosigkeit, Aufstossen, Schmerzen nach dem Essen, zeitweises Erbrechen (nie Blut), Clavus und Globus. Dazu eine seit vielen Jahren bestehende Verstopfung.

Die Besichtigung des Abdomens ergab bei Rückenlage der Kranken Folgendes: Im Epigastrium ein tiefes Eingesunkensein, eine systolische Erschütterung in der Mittellinie. Auf diesen eingesunkenen Abschnitt folgte der geblähte, stark hervortretende Magen, dessen grosse Curvatur in Nabelhöhe deutlich sichtbar war. Der Magen lässt peristaltische Bewegungen erkennen, ebenso das Quercolon, das, vom Magen durch einen kleinen Zwischenraum getrennt, auf der rechten Seite etwas tiefer steht als auf der linken, mit dem Mittelstücke aber eine Convexität nach unten zeigt; die Formen des Quercolons sind durch die dünnen Bauchdecken deutlich zu erkennen. Ueber dem Magen ist ein tieferer tympanitischer Schall zu hören, ein höherer bei Percussion des Grimmdarmes. Lautes Plätschergeräusch in ersterem Organe.

Im rechten Hypochondrium ist ein Tumor nachzuweisen, von glatter Oberfläche, von Form und Grösse der Niere, allseitig frei beweglich, von der Leber scharf zu trennen. Ein gleicher Tumor linkerseits, aber mit erheblich geringerer Verschieblichkeit. Vermindertes Resistenzgefühl in der Lumbalgegend beiderseits. Rechte Nierendämpfung stets fehlend, linke vorhanden. Durch die Bauchdecken hindurch ist weiterhin, etwa in der Mitte zwischen Processus ensiformis und Nabel, ein quer über der Wirbelsäule liegender Körper zu fühlen, einige Centimeter sich nach jeder Seite erstreckend, von ziemlich fester Consistenz, von leicht höckriger Oberfläche, wenig nach oben und unten verschiebbar. Milz und Leber sind nicht frei beweglich.

Es sei angefügt, dass die Kranke von Herrn Prof. Dr. Matterstock wegen ihrer Enteroptose am 3. Februar dieses Jahres in der Poliklinik demonstrirt worden ist.

Patientin kam am 16. April an einer Peribronchitis tuberculosa ad exitum und es zeigte sich bei der am 18. vorgenommenen Section (Herr Dr. Weber) Folgendes: Bauchhöhle: Der stark geblähte Magen reicht bis 1 Finger breit unter den Nabel, schneidet etwas innerhalb der linken Axillarlinie den Rippenbogen und reicht rechts bis fast an die Mammillarlinie.

Leber mit ihrem rechten Lappen etwas tiefer stehend als normal.

Grosses Netz und Colon transversum sind von stark geblähten Dünndarmschlingen überlagert. Nachdem durch Zurückdrängen derselben der Situs wieder hergestellt war, zeigt sich das Quercolon in der Mittellinie 3 Querfinger breit unterhalb der grossen Curvatur. Zwischen unterem Leberrande und kleiner Curvatur in die Tiefe dringend kommt man auf den Kopf des Pankreas[25]). Pankreas selbst liegt in der Mitte zwischen Schwertfortsatz und Nabel, wenig beweglich, erstreckt sich von der rechten Parasternallinie bis in die linke Mammillarlinie.

Untere Hälfte der linken Niere in der Mammillarlinie unmittelbar unter dem Rippenbogen sichtbar. Das Organ lässt sich leicht bis zur Mitte der Wirbelsäule dislociren.

Rechte Niere liegt bei der Eröffnung im Hypogastrium, nahe der vorderen Bauchwand. Sie lässt sich ohne Gewebstrennung bis in die Nabelgegend verschieben, sowie auf ihren normalen Sitz zurückbringen. Beim Zug nach innen und unten ein Einfluss auf das Duodenum (Pars descendens) nicht nachzuweisen. Beim Vorziehen der rechten Niere spannt sich eine Bauchfellplatte, die von der XII. Rippe bis zum Hilus der Niere 15 cm misst, links unter gleichen Bedingungen eine solche von 10 cm. Nierensubstanz selbst intact.

Leber: Geringgradige Schnürfurche. Das Organ ist durch alte Adhäsionen mit dem Zwerchfelle in weiter Ausdehnung verwachsen. Keine Gallensteine. Braungelbe, lehmartige Farbe. Zeichnung wenig hervorstechend.

Milz: Etwas vergrössert, Kapsel mit weisslichen Auflagerungen versehen. Organ schlaff, Lage normal.

Magen: Vollständig leer. Entfernung von der Cardia bis zum tiefsten Punkte der grossen Curvatur 23 cm. Nirgends eine Narbe oder ein Geschwür.

Darm: Nirgends eine Verwachsung; Duodenum nicht erweitert. Im untersten Theile des Dünndarmes und im Coecum einige kreisrunde, kaum erbsengrosse, ganz oberflächliche Geschwüre mit scharfen, nicht aufgeworfenen Rändern und glattem Grunde.

Rechte Flexur des Colons ist in der Höhe der Crista ilei und steht etwas tiefer als die linke: nirgends im ganzen Verlaufe dieses Darmabschnittes eine Verengerung.

Uterus: Von normaler Grösse, etwas nach links verlagert, nicht gesenkt.

In der Lunge zeigten sich alte, indurirte Herde in der rechten Spitze, diffuse Peribronchitis, Oedem.

Am Herzen: Fettige Degeneration des Muskels.

Am Hirne: Mässiges Oedem der Pia.

Ueberblicken wir den Sectionsbefund, so treten uns die Hauptzeichen der Enteroptose entgegen: Doppelseitige Wanderniere, Tieferstehen des Magens, Herabgesunkensein des Colon transversum. Die Milz, deren Beweglichkeit überhaupt eine sehr seltene (nach Glénard 2mal in 148 Fällen von Entroptose) war an ihrem Platze; die mit einer Schnürfurche versehene Leber mit dem Zwerchfelle verwachsen. Die von den Franzosen beschriebene Corde colique transverse stimmte nach Lage, Ausdehnung, Consistenz und Beweglichkeit vollständig mit dem Pankreas überein, ein Umstand, auf den auch schon Ewald hingewiesen hat. Es zeigten sich ferner in der ganzen Ausdehnung des Darmes nirgends die Reste einer Peritonitis[26]). Keine Ausdehnung des Duodenums, keine Verengerung des Colon transversum an irgend einer Stelle.

Die Verlagerung der genannten Organe im Sinne Glénard's ist nach diesem Sectionsbefunde nicht anzuzweifeln. Aber auch unsere sonstigen Beobachtungen sprechen für die Existenz der Enteroptose als eines mehr weniger einheitlichen Krankheitsbildes, einheitlich sowohl mit Bezug auf die subjectiven Beschwerden, als auch den objectiven Befund. Ein allgemeines Urtheil über die Häufigkeit ihres Vorkommens abzugeben, ist jetzt, glaube ich, noch verfrüht; wir konnten die fraglichen Veränderungen im Laufe von $1^1/_2$ Jahren bei einem grossen Krankenmateriale nur in 5 weiteren Fällen nachweisen.

Die Beschwerden, durch welche die Kranken zum Arzte geführt werden, sind recht vielgestaltige, von sehr geringgradigen Störungen bis zu einem ganzen Heer von Klagen: Appetitlosigkeit, Ekel und Abscheu vor Speisen, schlechter Geschmack im Munde, die Empfindung der Oede und des Leerseins, Heisshunger, Schmerzen nach dem Essen, Aufstossen, Sodbrennen, Schwere, Vollheit, Ziehen und Drücken in der Magengegend. Brechreiz, Aufsteigen, Erbrechen. Dazu gesellen sich die allgemein nervösen Erscheinungen: Globus, Herzklopfen, Kopfschmerz, entweder mehr allgemein, ein andermal unter dem Bilde der Migräne verlaufend. Abgeschlagenheit, Müdigkeit, Rückenschmerzen, Unlust zur Arbeit, Hysterie, Verstimmung bis zur vollendeten Hypochondrie. Wie ersichtlich, sind häufig Magenbeschwerden im Vordergrunde, Erscheinungen, die bei dem einen Falle eher die Diagnose eines Magengeschwüres, bei dem anderen eher die der chronischen Gastritis nahelegen.

Bei all diesen Störungen leidet die allgemeine Ernährung, in einzelnen Fällen so hochgradig, dass die Kranken in der That eher „Tuberculösen oder Carcinomatösen“ gleichen (Glénard). Die Diagnose ist bis zu einem gewissen Grade schon bei blosser Betrachtung der Patienten zu vermuthen.

Allgemeine Abmagerung, welke Haut, bleiche Gesichtsfarbe.

Im Epigastrium ist (bei Rückenlage der Kranken) zunächst eine mehr weniger tiefe Mulde zu sehen, daran sich anschliessend der Luftsack des Magens. Derselbe lässt deutlich die grosse Curvatur erkennen, welche bis zum Nabel, in einzelnen Fällen noch etwas weiter nach unten sich erstreckt. Der Magen zeigt sowohl auf Reize von aussen, wie auch ab und zu spontan lebhafte peristaltische Bewegungen. An den Magen schliesst sich das zeitweise deutlich sichtbare Quercolon an, in nicht stets gleicher Entfernung vor der grossen Curvatur, von ihr scharf zu trennen, häufig in der Mitte zwischen Nabel und Symphyse. Es läuft „guirlandenförmig“, mit der rechten Flexur etwas tiefer stehend als mit der linken, mit seiner Mitte eine Convexität nach unten zeigend.

[24]) Vergl. Cuilleret, Gazette des Hôpitaux, 1888, p. 1007 ff.

[25]) War auch von Herrn Dr. Weber durch die Bauchdecken durchgefühlt worden.

[26]) Virchow, l. c.

Bei der Palpation gelingt es in der Regel leicht, durch die dünnen Bauchdecken hindurch sich von der Beweglichkeit der Nieren zu überzeugen. Mit der Untersuchung des Abdomens weiterschreitend kann man, zwischen unterem Leberrande und kleiner Curvatur in die Tiefe gehend, das Pankreas fühlen; ebenso die Aorta, deren Pulsation gelegentlich auch durch die Bauchdecken durch zu sehen ist.

Die Diagnose einer Senkung der Leber ist im Allgemeinen leicht[27]), wenn es sich um ächte Wanderleber handelt, sehr schwer, wenn die Verlängerung des Ligamentum suspensorium nur eine so geringgradige ist, dass keine Darmschlingen zwischen Leberoberfläche und Zwerchfell treten können. Es müssen erst weitere Beobachtungen entscheiden, ob man etwa im Stehen oder dann, wenn bei linker Seitenlage des Kranken der schwere, rechte Leberlappen tiefer tritt, zuverlässigere Resultate bekommt als mit den gewöhnlichen Untersuchungsmethoden.

Wir konnten in keinem Falle eine „Hepatoptose" nachweisen (Glénard 32 mal bei 148 Enteroptosen); ebenso wenig, um es gleich vorwegzunehmen, eine Senkung der Milz.

Dagegen waren bei allen unseren 5 Kranken (bis jetzt nur Frauen, die geboren haben) beide Nieren beweglich, übereinstimmend die rechte mehr als die linke. In einem Falle konnte die Pulsation der rechten Arteria renalis durchgefühlt werden. Ebenso vermochten wir bei jeder Patientin das Pankreas zu palpiren.

Im Magen war bei den 5 Fällen von Enteroptose ein lautes Plätschergeräusch zu hören. Der Tieferstand der grossen Curvatur, theils in Nabelhöhe, theils wenig tiefer, wurde auch durch Eingiessen von Wasser nachgewiessen. Dabei handelte es sich bei keiner unserer Patientinnen um eine typische Magenerweiterung. Die Anamnese schon hatte keinerlei Anhaltspunkte in dieser Richtung ergeben. Die Spülflüssigkeiten (die Ausspülungen wurden nach Probefrühstück vorgenommen) zeigten keine stärkere Beimengung von Speiseresten, als man sie sonst bei normalem Magen unter gleichen Bedingungen zu sehen gewohnt ist. Das grösste Wasserquantum, das wir einzubringen vermochten, betrug 1450 ccm. Nun ist ja dem letztgenannten Umstande gewiss kein sehr grosser Werth beizulegen. Man weiss nie, ob dann, wenn der Kranke bricht, oder wenn er ein Zeichen des eingetretenen Spannungsgefühles giebt, der Magen auch schon grösstmöglich ausgedehnt ist. Es gelingt aber doch bei ächter Gastrektasie leicht, erheblich mehr Wasser einzugiessen als oben erwähnt. Erinnern wir uns noch, dass das Pankreas regelmässig fühlbar war, so erscheint der Schluss gerechtfertigt, dass es sich in unseren Fällen in erster Linie um eine Senkung, um ein Tiefertreten des Magens handelt. Dass dabei aber die Bedingungen für die Entwickelung einer Gastrektasie bei den enteroptotischen Kranken sehr gute sind, auch wenn es zu keiner Stenosirung des Duodenums durch die Arteria meseraica gekommen ist, wie Glénard will, das braucht nicht näher ausgeführt zu werden. Nur darauf sei noch hingewiesen, dass, so lange keine hochgradige Magenerweiterung besteht, eine genaue Scheidegrenze zwischen dem einen oder dem anderen Zustande unmöglich aufgestellt werden kann.

Bei den mit der Enteroptose einhergehenden Magenerscheinungen mussten wir uns, neben mancher anderen, auch die Frage vorlegen: Wie verhält sich dabei der Chemismus der Verdauung?

Der eine Stunde nach Ewald's Probefrühstück exprimirte Magensaft ergab bei allen 5 Kranken verminderte Acididät, (0,07—0,13 Proc.), freie Salzsäure, nie Milchsäure. Betrachten wir aber die in unseren Fällen gefundene Herabsetzung der Acididät als den Ausdruck einer Reflexneurose, dann wird es nicht Wunder nehmen, wenn bei einer grösseren Untersuchungsreihe Störungen der Secretion nach jeder Richtung hin sich finden. Und in der That erwähnt Pourcelot[28]) eine beträchtliche Vermehrung der Salzsäure in einem Falle, während der von den Franzosen häufiger angeführte Umstand, dass die Kranken zur Nachtzeit mit Schmerzen in der Magengend erwachen, vielleicht an eine mit Hyperacididät einhergehende chronische continuirliche Magensaftsecretion (Riegel) denken lässt.

Was die Enteroptose selbst anbelangt, so glaube auch ich, dass der ganze Process durch ein Tiefertreten der rechten Flexur des Colons eingeleitet wird, da dort die Verbindungen mit der hinteren Bauchwand die lockersten sind.

Aber „auch aussen an der Nierenkapsel kann die Flexura coli dextra sich eventuell mit einem Zuge bemerkbar machen"[29]), und mit Leichtigkeit gelingt es in der That bei der Leiche durch ein Anziehen der rechten Flexur die äussere Nierenkapsel anzuspannen. Bei Fortdauer dieses Zuges muss es aber zu einer Ausdehnung der äusseren Kapsel selbst kommen, zum Beweglichwerden der rechten Niere. Von Natur aus stärker als die Befestigungen der rechten Flexur sind die der linken. Aber auch diese senkt sich, bei Fortdauer der Ursache, die linke Niere wird mobil. Ist das ganze Quercolon aber nach abwärts getreten, so übt es durch das grosse Netz einen Zug am Magen aus, der tiefer steigt, weiterhin durch den Magen und das kleine Netz an der Leber. Wie weit das Colon unmittelbar durch ein gut entwickeltes Ligamentum hepatocolicum an der Leber zerren und so zur Senkung derselben beitragen kann, bleibe dahingestellt.

Als Ursache der Enteroptose hat, wie oben schon erwähnt, Glénard das Wochenbett vorzugsweise beschuldigt. Es kommt dabei aber auch, glaube ich, mehr weniger alle das in Betracht, was im Eingange für die Entstehung der beweglichen Niere aufgeführt worden ist: Schnüren, Fettschwund, Tanzen, Reiten, Traumen etc. Weiterhin sind die an typhöse oder dysenterische Darmprocesse sich anschliessenden localen Peritonititen[30]) in Betracht zu ziehen.

Auf einen Umstand sei noch kurz hingewiesen. Von den 5 Frauen mit Enteroptose leiden 4 seit langen Jahren an hartnäckiger Verstopfung, eine an Verstopfung abwechselnd mit Diarrhöen. Dabei geben 3 bestimmt an, dass ihre Obstipation schon länger besteht, als ihre sonstigen Beschwerden. In der That erscheint eine chronische Belastung des Colons sehr geeignet, in dem oben erwähnten Sinne zu wirken.

Mag nun in den einzelnen Fällen von Enteroptose nur eine der oben genannten Ursachen zu beschuldigen sein, oder mehrere neben einander, die Annahme einer angeborenen Disposition zur Erschlaffung der Bauchfellbänder können wir nicht entbehren. Wie weit gelegentlich entwickelungsgeschichtliche Fragen in Betracht zu ziehen sind[31]), bleibe dahingestellt.

Was die Behandlung anbelangt, so tragen unsere Kranken eine bei etwas Geschicklichkeit von ihnen selbst herzustellende Leibbinde, die so geformt ist, dass dadurch ein Druck nach oben und innen ausgeübt wird. Zur Verstärkung dieses Druckes sind, je nach Nothwendigkeit, in einem oder beiden Hypogastrien Wattekissen innen aufgenäht. Wenn wir damit auch noch keine so wunderbare Heilung erzielt haben wie Glénard, so sind die Erfolge doch zufriedenstellende. Kranke, welche lange Zeit unter der Diagnose eines Ulcus ventriculi oder der Hysterie vergebens behandelt worden waren, erzielten mit Anlage des Verbandes wesentliche Besserung.

Durch diese Binde wird sicher in den wenigsten Fällen eine directe Wirkung auf den Magen erzielt, sondern es wird nur die Beweglichkeit der anderen Organe beschränkt, der durch sie ausgeübte Zug verringert, die mannigfachen Zerrungen vermindert. Wenn dabei, auch ohne jeden irgendwelchen therapeutischen Eingriff am Magen, die vielgestaltigen Beschwerden dieses Organes sich wesentlich bessern, die Kranken wieder Appetit bekommen, ungestörter verdauen, an Körpergewicht zunehmen, so liegt doch der Schluss nahe, dass diese ganze, in ihren Erscheinungen so wechselvolle Dyspepsie eben durch

---

[27]) Möglichkeit eines Irrthums siehe bei P. Müller, Archiv für klinische Medicin, XIV.

[28]) Pourcelot, de l'entéroptose. Paris, 1889.

[29]) Weisker, Schmidt's Jahrbücher, 220, p. 274.

[30]) Virchow, l. c.

[31]) Kölliker, Grundriss der Entwicklungsgeschichre des Menschen. 1884, p. 353 ff.

all diese Zerrungen bedingt war, als Reflexneurose aufzufassen ist.

Man wird weiterhin entsprechende Diätvorschriften geben, für regelmässige Stuhlentleerungen sorgen, die allgemeine Nervosität durch entsprechende Maassnahmen bekämpfen. Gegen die von manchen Seiten unterschiedlos anempfohlene Verabreichung von Alkalien möchte ich mich mit Rücksicht auf die in unseren Fällen gefundene Verminderung der Acididät aussprechen. Man wird vielmehr sein Vorgehen in dieser Richtung von der in jedem einzelnen Falle vorzunehmenden Untersuchung des Chemismus der Verdauung abhängig machen müssen.

Zum Schlusse obliegt mir die angenehme Pflicht, meinem verehrten Chef, Herrn Professor Dr. Matterstock, für die Anregung zu dieser Arbeit und für die mannigfache Unterstützung dabei meinen verbindlichsten Dank auch an dieser Stelle auszusprechen.

Weitere Mittheilungen über das Aräo-Saccharimeter.

Von Dr. med. *Joseph Schütz* in Frankfurt a. M.

Im vorigen Jahre habe ich in No. 39 dieser Wochenschrift vorbenanntes Instrument zur bequemeren quantitativen Zuckerbestimmung des Harns (D. R. P. No. 61997) beschrieben.

Das von mir verfolgte Princip, aus dem verschieden tiefen Eintauchen einer in Wasser schwimmenden und mit diabetischem Harn gefüllten Flasche vor und nach erfolgter Vergährung ihres Inhalts den Procentgehalt von Zucker an einer empirischen Graduirung direct abzulesen, hat reichlich Verwerthung gefunden und damit seine praktische Brauchbarkeit bewiesen.

Es lag mir daran, die Leistungsfähigkeit dieses Princips weiter festzustellen.

Es war von vorneherein klar, dass man durch Vergrösserung des Körpers der schwimmenden Flasche bezüglich Vermehrung der zu untersuchenden Harnmenge die Skalenabschnitte am Flaschenhalse verbreitern und damit kleinere Bruchtheile von Zuckerprocenten zur Anschauung bringen könne. Vor meiner ersten Veröffentlichung hatten bereits Versuche ergeben, dass durch eine solche Steigerung der Genauigkeit des Apparates die bequeme Handhabung und namentlich die an und für sich mühsame Herstellung der Skala, die für die einzelnen (unter sich stets etwas verschieden ausfallenden) Instrumente nur durch Einzelversuche zu gewinnen waren, erschwert würde. Desshalb hatte zunächst diejenige Anordnung gewählt werden müssen, welche einerseits dem Bedürfnisse des praktischen Arztes genügte und andererseits die geringsten Herstellungsschwierigkeiten verursachte. Es wurde eine Flasche von wenig über 100 cc Inhalt passend gefunden, welche deutliche $^1/_4$ Procente abzulesen ermöglichte und Skalentheile führte, die innerhalb eines Procentes keine merklichen Grössenunterschiede hatten.

Verwendet man grössere Flaschen, so werden die einzelnen Skalentheile mit steigendem Procentgehalt immer grösser, es sind immer mehr empirische Skalenpunkte für das einzelne Instrument zu ermitteln, und eine geometrische Theilung wird immer ungenauer.

Es entstand daher 1) die Frage, wie weit lässt sich die Genauigkeit steigern, ohne dass der Apparat unförmlich und in seiner Brauchbarkeit praktisch unverwerthbar wird?

Es ergab sich, dass Flaschen von etwa 300 cc noch gut verwendbar waren, dass man hiermit $^1/_{10}$ Proc. Zucker direct sehr deutlich ablesen und halbe Zehntel schätzen konnte.

Die Verfertiger der Aräo-Saccharimeter (Chr. Kob & Co. in Stützerbach-Thüringen) machten nach meinen Angaben ein derartiges Instrument für den Umfang von 0—4 Proc. Zucker, das ich selbst mit allen Cautelen auf Grund vieler Gährungen empirisch graduirte. Als absolut nothwendig erschienen zweimal 6 Gährungsbestimmungen mit den genau gestellten Lösungen von 4, 3, 2, 1, 0,5 und 0,2 Proc. Zucker im Harn, was eine Zeitdauer von über 3 Wochen in Anspruch nahm, ca. 65 g chemisch reinen Traubenzuckers und entsprechende Mengen Kalilauge, Alkohol absolutus und Aether zum jedesmaligen raschen Reinigen und Trocknen des Glases erforderte. Ich führe dies nur an, um darzuthun, dass diese grösseren Instrumente schon wegen ihrer mühsameren und kostspieligeren Herstellung seiner Zeit nicht als Grundform gewählt werden konnten. Sie sind aber um so mehr geeignet, die Tragweite des Princips der Apparate überhaupt zu illustriren und für den Besitzer eines solchen Instrumentes überaus interessant namentlich betreffs der Frage nach der Ermittelung kleinster Zuckermengen, welche bei allen Untersuchungsmethoden auf Zucker stets einen heiklen Punkt abgegeben hat und noch abgiebt.

In der That war die Herstellung eines grösseren Aräo-Saccharimeters mehr noch als zur Gewinnung kleinerer Decimalstellen nachweisbarer Zuckerprocente zur Eruirung kleinster Zuckermengen im Harn überhaupt angestrebt.

Jeder, der häufiger quantitativ und auch qualitativ kleine Zuckermengen — unter 0,5 Proc. — nachzuweisen in der Lage ist, weiss, wie grosse Schwierigkeiten hier zu überwinden sind, und wie unverlässlich hier die meisten Methoden werden. Die geringe Beweiskraft der bisherigen sogenannten Zuckerproben zum qualitativen Nachweis solch kleiner Zuckermengen hat schon vor Jahren Seegen[1]) in einer klassischen Abhandlung hervorgehoben.

Zur quantitativen Bestimmung bei Zuckerprocenten unter 0,5 Proc. reichen ebenfalls die gebräuchlichen Methoden durchaus nicht aus.

Man denke nur an die subjectiven Fehler des Untersuchenden, die alsdann bei der Titrirung und noch mehr bei den Polarisationsapparaten unvermeidlich sind, gar nicht zu reden von den Mängeln, welche in diesen Methoden selbst liegen, z. B. in Folge der Gegenwart anderer reducirender oder circumpolarisirender Substanzen, des Zuckerverlustes bei der Entfärbung durch Thierkohle u. s. w.

Bei unserem grossen Aräo-Saccharimeter war also 2) eine wichtige Frage die, wie kleine Zuckermengen sind überhaupt durch diese Anordnung der Gährungsmethode noch mit Bestimmtheit zu ermitteln?

Hier ergab sich, dass eine 0,2 proc. Zuckerlösung bei genügender Wärme vergährt, so dass am Apparat für diesen Zuckergehalt ein deutlicher Skalentheil markirt werden konnte. Eine 0,1 proc. Lösung dagegen vergährt nicht und hat ebenso wenig Einfluss auf das Eintauchen der Flasche, als ob man einen Gährungsversuch mit reinem Wasser oder normalem Harn angestellt hätte.

Es folgt hieraus, dass ein solches grösseres Aräo-Saccharimeter 3) einer der tauglichsten Apparate ist, um qualitativ kleinste Zuckermengen auf das Unzweideutigste nachzuweisen.

Wie oft auch Proben mit $^2/_{10}$, $^3/_{10}$ u. s. w. Procent zuckerhaltigem Harn angestellt wurden, stets war selbst ein Ungeübter im Stande, ein richtiges und gleichzeitig qualitativ genaues Resultat anzugeben, wenn bei normirter Temperatur (+15° C.) eingestellt und abgelesen wurde, und die Füllung mit der zugehörigen abgestimmten Pipette genau bewirkt war.

Hiermit ist der Beweis geliefert, dass das bei dem Aräo-Saccharimeter befolgte Princip für den qualitativen und quantitativen Nachweis von Harnzucker trotz seiner grossen Einfachheit den höchsten Anforderungen zu genügen im Stande ist, und dass die zuverlässigste Methode der Zuckerbestimmung — die Gährungsmethode — in eine Form gebracht ist, die von jedem auf das Bequemste und Unzweideutigste ohne subjective Fehler ausgeführt werden kann.

Die früheren Bestrebungen, durch volumetrische Bestimmung der CO_2 in sogenannten Gährungsröhrchen Zucker nachzuweisen, waren leider für uns Aerzte daran gescheitert, dass 1) Hefe an und für sich auch ohne Anwesenheit von Zucker, so lange sie lebt, wenn auch nur wenig CO_2 producirt, also

---

[1]) J. Seegen, Genügen die bis jetzt angewendeten Methoden, um kleine Mengen Zucker mit Bestimmtheit im Harn nachzuweisen? Aus dem LXIV. Bd. d. Sitzb. d. kais. Akad. d. Wiss. II. Abth. Juni-Heft. Jahrg. 1871.

stets mehr oder weniger positive Resultate hervorkamen und 2) dass quantitative erhebliche Ungenauigkeiten unvermeidlich waren, da verschiedene Expansion und Absorption von Kohlensäuremengen unter dem wechselnden Einfluss der Wärme, einer ungleich raschen Entwickelung und verschiedener Güte der verwandten Hefe eine stets vorhandene inconstante Fehlerquelle abgaben. Als Hauptvorzug der neuen Anordnung der Gährungsmethode muss daher der Umstand erscheinen, dass dieselbe von der CO_2-production sich lossagt und den directen Zuckerverlust als Angriffspunkt erwählt.

Casuistische Mittheilungen aus Hospitälern und aus der Praxis.

Enges Becken, Prochownick'sche Cur, Dührssen'sche Uterus-Tamponade. Von Dr. H. Eisenhart in München.

Die im Folgenden mitzutheilende Beobachtung dürfte in sofern nicht ohne Interesse sein, als sie eine Reihe von Fragen berührt, welche jetzt mit im Vordergrunde der praktischen Geburtshülfe stehen.

Bei einer 28jährigen Frau (Cath. D.) mit einem in Folge abgelaufener Osteomalacie[1]) stark verengten Becken (Conj. ext. 16,5 = diagon. 8,0) war Mitte November die Periode ausgeblieben; die letzten Menses hatten vom 10.—14. October gedauert. Anfang März 1892 wurden fötale Herztöne gehört. Bei der Frage der weiteren Behandlung der Schwangerschaft, bezw. der Entbindung, konnte bei der hochgradigen Enge des Beckeneingangs, durch welchen ein ausgetragenes, unverkleinertes Kind nicht durchgeführt zu werden vermochte, nur der Kaiserschnitt und die künstliche Frühgeburt in Betracht kommen; ersterer wurde abgelehnt; die künstliche Frühgeburt im 8. Monat war schon bei dem letzten und vorletzten Kinde mit dem Resultat eingeleitet worden, dass beidemale durch Wendung und Extraction lebende, wenn auch tiefasphyctische Kinder zu Tage gefördert worden waren; dieselben hatten jedoch beide während der Geburt solche Schädigungen erlitten (tiefe Asphyxie, Impressionen und Infraction am Schädel, einmal ein 4 cm langer Bruch des Stirnbeins), dass sie nach 13 bezw. 2½ Stunden starben; es war somit die Aussicht, ein lebendes und am Leben zu erhaltendes Kind zu erzielen, auch dieses Mal keine grosse. Nun wurde bekanntlich von Prochownick (Ctrbl. f. Gyn. 1889, 33) vorgeschlagen, die künstliche Frühgeburt bei Beckenenge mittleren Grades dadurch zu umgehen, dass durch eine entsprechende Diät der Mutter in den letzten Monaten der Schwangerschaft auf geringsten Fettansatz der Frucht hingearbeitet werde[2]). In der That erzielte Prochownik in 3 Fällen (mit einer Conj. diag. von 10,8, 10,4 und 10 cm), bei welchen in den vorhergehenden Geburten Perforation oder künstliche Frühgeburt nothwendig gewesen, ausgetragene, spontan oder nur mit geringer Nachhilfe entwickelte Kinder, die alle Zeichen der Reife boten und sich nur durch eine dem geringen Gewicht (2350, 2400 und 2250 bei 50, 51 und 52 cm Länge) entsprechende Schlankheit und Magerkeit, sowie durch grössere Nachgiebigkeit und Verschieblichkeit der Kopfknochen auszeichneten. Das Verfahren wurde dann weiter von Brehm (Petersb. med. Wochensch. 1890, 9) bei einer Conj. diag. von 9,8, von v. Swiecichi (Wien. med. Bl. 1890, 22) in 4 Fällen mit einer Conj. diag. von 10,5, 10,1, 9,8 und 10,0 cm und neuestens von Hoffmann (Ther. Mon. 1892, II) in 2 Fällen (Conj. diag. 10 und 11,75 cm) stets mit bestem Erfolg für die Kinder angewendet. Die Methode auf unseren Fall angewendet, so musste bei einer Conj. diag. von 8,0 von vornherein davon abgesehen werden, die Schwangerschaft bis zu ihrem normalen Ende ablaufen zu lassen, dagegen war anzunehmen, dass die Entwickelung der Frucht dahin modificirt würde, dass letztere im 8. Monat ungefährdet den Beckencanal passiren könnte. Vom 3. April an wurde die Gravida deshalb auf eine den Prochownick'schen Angaben und den allgemeinen Grundsätzen der Entziehungscuren entsprechende, im Allgemeinen etwas knappe, im Speciellen kohlehydrat- und flüssigkeitsarme Diät angewiesen, und ihr ausserdem täglich mehrstündige Bewegung in frischer Luft empfohlen. Am 25. Mai Vormittags 9 Uhr wurde eine elastische Bougie in den Uterus eingeführt und durch einen Scheidentampon festgehalten. Bei dem Einlegen und auch die nächstfolgende Zeit floss kein Tropfen Fruchtwasser ab; dagegen traten sehr bald Wehen auf und etwa 1½ Stunde nach dem Einführen der Bougie stürzte mit einem Male das Fruchtwasser in grosser Masse hervor; es war somit wahrscheinlich die Blase doch verletzt worden; Tampon und Bougie wurden hierauf entfernt. Die Wehenthätigkeit war nun eine äusserst schwache; am 26. V. war der Muttermund etwa zweimarkstückgross und der rechte Vorderarm vorgefallen; der Versuch, denselben durch entsprechende Lagerung der Frau zum Zurückziehen zu bringen, gelang nicht. Am 27. keine Veränderung; nur war Abends die Temperatur auf 38,1 gestiegen, weshalb eine Eisblase auf das Abdomen gelegt wurde. Erst am 28. gegen Mittag wurde die Wehenthätigkeit etwas kräftiger, neben dem Arm war der Kopf eingetreten und um 4 Uhr p. m. war der Muttermund der völligen Erweiterung nahe. Als nach ½5 Uhr die Herztöne unregelmässig zu werden und dauernd unter 100 zu sinken begannen, auch in der Wehenpause sich nicht erholten, war von Seite des Kindes die Indication zur Beendigung der Geburt gegeben. An den in erster Lage im Beckeneingang festgekeilten Kopf wurde die Breus'sche Zange angelegt, nachdem ein wiederholter Versuch die Frucht nach Kristeller zu exprimiren oder den Kopf bei Narkose von aussen durch den Beckeneingang durchzudrücken (Mackenrodt Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin Ctrbl. Gyn. 1892, 17), nicht gelungen war. Die Anlegung der Zange war wegen des stark vorspringenden Promontoriums und wegen des vorgefallenen Armes schwierig, die Extraction aber, nachdem der Kopf gefasst war, eine ganz leichte. Das Kind war in geringem Grade asphyktisch und wurde durch Hautreize und dgl. bald zum Schreien gebracht. Die Mutter, sehr rasch aus der ohnedies nur leichten Narkose erwacht, gab ihrer Freude über die Lebensäusserungen des Kindes lebhaften Ausdruck, verfiel aber bald in eine hochgradige, anämische Schwäche, so dass es angezeigt schien, etwa ½ Stunde p. p. die Placenta auszudrücken; es gelang jedoch nicht; ebenso wenig bei einem zweiten Versuch nach etwa einer weiteren ½ Stunde, während welcher getrachtet worden war, die atonische Blutung durch Ergotin, heisse Irrigation und Massage des Uterus, die Herzschwäche, durch Aether- und Campherinjectionen zu bekämpfen; übrigens zeigte sich die Gebärmutter bei längerem Kneten im Allgemeinen gut zusammengezogen, nur an einer Stelle, dem linken Tubenansatz entsprechend, blieb das Gewebe ganz weich und war in ungefähr Apfelgrösse gut von dem übrigen, contrahirten Organ abzugrenzen. Da die Ohnmachtsanfälle immer häufiger und tiefer, die Pulsschläge fast unfühlbar wurden, entschloss ich mich zur manuellen Entfernung der Placenta. Die in die Scheide eingeführte Hand fand dieselbe zum Theil — in der Duncan'schen Art — abgelöst, so dass ein halbhandtellergrosser Lappen aus dem Muttermund hervorragte; die uterine Fläche entsprach der linken Seite der Frau; im Fundus, an der linken Tubenecke war eine Trennung nicht erfolgt, vielmehr war die Verbindung zwischen Placenta und Uterus eine ausserordentlich feste; es handelte sich deshalb weniger um eine Losschälung als um eine Durchquetschung mit Durchreissung einer Anzahl derber Verbindungsstränge. Der entfernte, auf einer Tischplatte ausgebreitete Mutterkuchen schien im Ganzen vollständig; ebenso die Eihäute. Es entstand nun die Frage, ob der Erfolg der Entleerung der Gebärmutter — eine feste und anhaltende Contraction derselben — abzuwarten, oder ob sofort prophylaktisch die Uterustamponade vorzunehmen sei: ich entschied mich zu letzterem, da jeder weitere Blutverlust bei der hochgradig anämisch gewordenen, ohnedies nicht kräftigen und durch die vorangegangene Diätcur geschwächten Frau, möglichst zu vermeiden war. Neben der Blutsparung verfolgte ich zugleich die Absicht, das Uterusinnere, das einer Reihe von, theils schweren, Eingriffen ausgesetzt war, in welchem gewiss zahlreiche von der Durchtrennung der Placentarverwachsung herrührende Fetzen lose flottirten, energisch zu desinficiren. Hatte doch die Kreissende am vorhergehenden Abend 38,1 und kurz vor der Geburt 38,4 gemessen mit einem Puls von 116. Das Fieber in der Geburt kann nach Winter (Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. XXIII. 1) rein functionell sein, bedingt durch sehr starke Muskelarbeit der Kreissenden, oder auf vorzüglich saprophytischer, Infection beruhen. Gegen eine functionelle Temperatursteigerung sprachen die nicht besonders energischen Wehen, sowie der hohe Puls; dagegen liess dieser, sowie der Umstand, dass das Fruchtwasser vor mehr als 3 Tagen abgeflossen war, eine Resorption von Ptomaïnen vermuthen. Es unterliegt keinem Zweifel, dass das Ausstopfen des Uterus mit Jodoformgaze eine gründlichere und vor Allem mehr andauernde Desinfection des Gebärmutterinneren darstellt, als eine Bespülung desselben, dass sie anderntheils viel harmloser ist, als das von manchen Autoren empfohlene Curettement. Dührssen, dessen Verdienst es ist, die Tamponade des blutenden puerperalen Uterus, die schon vor ihm von verschiedenen Geburtshelfern[3]) versucht, aber nicht zweckmässig und deshalb nicht ohne Gefahren für die Patientin ausgeführt worden war, zu einer auch den Bedürfnissen der Praxis entsprechenden, als ungefährlich zu bezeichnenden Methode ausgebildet zu haben, empfahl bekanntlich, die Muttermundslippen mit 2 Kugelzangen zu fassen, die Gebärmutter an oder in die Vulva zu ziehen und unter Leitung des Auges die Tamponade vorzunehmen; gelingt es nicht, den Uterus tief genug zu ziehen, so setzt man 2 Finger der linken Hand an den Muttermund und führt unter ihrer Leitung mit langer anatomischer Pincette das Ende des Gazestreifens in den Uterus ein; die nunmehr frei gewordene linke Hand umfasst nun den Fundus uteri; sodann fasst die Pincette ein tieferes Stück des Streifens und bringt auch dieses in den Fundus. Diese letzteren Vorschriften scheinen mir nicht sehr klar: geht die linke Hand immer vom Muttermund zum Fundus und zurück, oder ist die Pincette nach Einführung des

[1]) Die Ausheilung der Osteomalacie in der Fortpflanzungsperiode mit Wiederverknöcherung des Beckens ist nicht so sehr selten, wie bisher angenommen; ausser dem lange als einzigen geltenden Fall von v. Winckel (Lehrb. 1889, S. 475) und dem meinigen (s. auch Deutsches Archiv für klin. Medicin, 49 Bd.) sind solche Fälle von Hörrner, Kehrer, Weber-Ebenhof u. A. mitgetheilt.

[2]) Derselbe Grundgedanke findet sich in den Ausführungen Lehmann's. Intern. klin. Rundschau, 1891. 45/46.

[3]) Dührssen, Sammlung klin. Vorträge No. 347 und Centralbl. f. Gyn. 1887 No. 35.

ersten Gazestückes genöthigt, die weiteren ohne Leitung der anderen Hand in den Cervicalcanal und in den Fundus zu bringen? In meinem Falle führte ich (da sich der Uterus nicht tiefer ziehen liess, und, wegen mangelnder Assistenz, ohne Anhaken der Lippen) die ganze (rechte) Hand in die Scheide, die halbe dann in den, mit der linken Hand entgegengedrängten Uterus; den Fundus überwies ich hierauf einstweilen der Hebamme und führte mit der linken Hand vermittelst einer langen gebogenen Kornzange eine grössere Partie des Gazestreifens in das Cavum uteri; hierauf kam die Hand wieder auf den Fundus und die im Uterus befindlichen Finger der rechten Hand pressten die Gaze fest an die Wand; dieselbe Manipulation wurde dann noch einigemale mit immer weiterem Zurückziehen der intrauterinen Hand wiederholt. Auf diese Weise wurde die Gebärmutterhöhle in kürzester Zeit mit 2½ Streifen vorher in 1 proc. Lysollösung ausgerungener Jodoformgaze von je 108 cm Länge, 4 Querfinger Breite und von 4facher Lage fest ausgestopft, der dritte halbe Streifen kam vor den Muttermund; eine weitere Scheidentamponade fand nicht statt. Der Erfolg war ein vollkommener; während 24 Stunden entleerte sich kein Tropfen Flüssigkeit; die nach dieser Zeit entfernten Streifen waren leicht mit Blutflüssigkeit und etwas Blut imbibirt, ohne jeden Geruch. Vor meinem Weggehen wurden der Frischentbundenen noch 500 g einer ca. 0,6 proc. Kochsalzlösung per rectum einverleibt, die behalten wurden, und eine Ergotinlösung 10,0 : 180 2stündlich 1 Esslöffel verordnet.

Das Wochenbett verlief ohne jede Störung; Anfangs bestanden zwar leichte Temperatursteigerungen, die jedoch 38,6 nicht überschritten, und vom 5. Tage an am Morgen, vom 8. an auch am Abend wegblieben. Der Puls sank allmählich von 128 am 1. Tage auf 104, dann 96 am 6. Tag. Diese Zahl entsprach der bei früheren Notirungen erhaltenen Durchschnittspulsfrequenz dieser Frau. Die Eisblase blieb bis zum 8. Tage ununterbrochen, von da an noch 2 Tage mit Unterbrechungen liegen. Die Frau stillte das Kind. Die Gebärmutter bildete sich sehr gut zurück. Am 16. Tage liess ich die Frau zum erstenmale sich auf das Sopha begeben.

Die man. entfernte Nachgeburt zeigte keine Verkalkungen, noch Knoten oder fibröse Schwarten an ihrer Oberfläche; dagegen war der der Verwachsungsstelle entsprechende Rand marginirt und von diesem überhängenden Rande gingen zahlreiche zarte Fäden zu der entsprechenden Stelle der Decidua und des Choriums.

Das Kind, ein Mädchen, hatte 14 Stunden nach der Geburt eine Länge von 44 cm und ein Gewicht von 1510 g. Der Kopfumfang betrug 29 cm (Kopfdurchmesser: grosser querer 8,0, kleiner 7,0; grosser schräger 11,0, kleiner 8,3); es entsprach somit im Allgemeinen der Zeit seiner Geburt (Ende der 33., Anfang der 34. Woche); immerhin ist das Gewicht relativ zur Länge ein entschieden geringes; denn einer Länge von 43—44 cm entspricht durchschnittlich ein Gewicht von 1971 g nach Schröder, von 2084 g nach Ahlfeld, von 1615 und mehr nach Winckel. Es ist ferner zu berücksichtigen, dass die vorangegangenen Kinder sich durch sehr starke Entwicklung auszeichneten; vom ersten ist mir nichts Zahlenmässiges bekannt; das zweite, ein Mädchen, wog perforirt (also ohne Gehirn und Blut) 3000 g, somit intact wohl 3500 (Kgl. Frauenklin. Journ. No. 265. 1889); das dritte, Knabe, künstliche Frühgeburt, bei einer Länge von 46 cm 3200 g; das vierte, Knabe, künstliche Frühgeburt, in der 34. Woche 2620 g mit einem Kopfumfang von 33 cm. (Letztere Zahlen sind sämmtlich mit gütiger Erlaubniss des Herrn Obermedicinalraths Prof. Bollinger seinerzeit den Sectionsprotokollen des pathologischen Instituts entnommen worden.) Ich glaube somit, dass der Erfolg der eingeleiteten Prochownick'schen Cur als ein vollständiger zu bezeichnen und diese Methode nicht nur bei engen Becken geringen Grades angezeigt ist, um die Frühgeburt zu umgehen, sondern auch bei höheren Graden der Beckenverengerung, um einestheils die Schwangerschaft bis zu einem Zeitpunkt gedeihen lassen zu können, in welchem das extrauterine Leben Aussicht auf Erfolg bietet, um anderntheils eine derartige Entwicklung des Kindes zu erzielen, dass dasselbe zu der gewollten Zeit das Becken passiren kann, ohne nennenswerthen Schädigungen und Verletzungen ausgesetzt zu sein. Das hier in Rede stehende Kind wurde, wie erwähnt, von der Mutter gestillt, verlor am 9. Tage den Nabelschnurrest und befand sich vollkommen wohl; nur bestand grosse Neigung zu Obstipation, so dass mehrmals mit Klysmen nachgeholfen werden musste. Am 14. Tage wog das Kind 1590 g, am 21. 1675 g.

Ich möchte nicht schliessen, ohne noch einmal auf den, nach mehreren schweren intrauterinen Eingriffen, fast reactionslosen Verlauf des Wochenbettes hingewiesen zu haben, der neben der subjectiven Antisepsis und der Vermeidung jeder nicht absolut nothwendigen inneren Untersuchung und Ausspülung, meines Erachtens vorzüglich auf die anhaltend desinficirende Wirkung der Dührssen'schen Uterus-Tamponade mit Jodoformgaze zurückzuführen ist.

Referate u. Bücher-Anzeigen.

O. Bollinger: Ueber traumatische Spät-Apoplexie. Ein Beitrag zur Lehre von der Hirnerschütterung. Internationale Beiträge zur wissenschaftlichen Medicin. Festschrift für R. Virchow. Bd. II. Berlin, Hirschwald, 1891.

Auf experimentellem Wege hat Duret nachgewiesen, dass sich nach Gehirnerschütterung durch Schläge auf den Kopf in der Regel Veränderungen in der Gegend des Aquaeductus Sylvii und am Boden des IV. Ventrikels finden. Die Läsionen kommen nach Duret so zu Stande, dass durch Compression der Hemisphären die Cerebrospinalflüssigkeit plötzlich aus den Seitenventrikeln in den 4. Ventrikel hinüber gepresst wird, und auf ihrem Wege an den Stellen der grössten Verengerung Zerreissungen hervorruft. Gussenbauer bestätigte im Wesentlichen diese Versuche Duret's. Es fehlte aber diesen Versuchen bisher noch die pathologisch-anatomische Bestätigung am Menschen. Diese Lücke füllt Bollinger durch Wiedergabe sehr charakteristischer Beobachtungen aus.

Im ersten Falle handelt es sich um einen 36 Jahre alten Maler, der durch einen Schlag eines sogenannten Todtschlägers auf das linke Seitenwandbein ein schweres Trauma erlitt. Ueber das Verhalten des Patienten unmittelbar nach der Verletzung ist nichts bekannt, die unmittelbaren Folgen waren sehr geringfügiger Natur, so dass Patient schon nach einigen Tagen seinem Berufe wieder nachgehen konnte. 20 Tage nach der Verletzung erst führten Kopfschmerzen den Patienten zum Arzte. Allmählich entwickelten sich Somnolenz und Benommenheit, 32 Tage nach der Verletzung Exitus letalis in tiefem Koma. Die Section stellte neben einer offenbar tödtlichen Apoplexie in der Wand des IV. Ventrikels Capillarblutungen in der Medulla oblongata, eine frische intermeningeale Apoplexie über der linken Hemisphäre und eine unbedeutende Fissur der inneren Tafel des linken Parietalbeines fest. Die mikroskopische Untersuchung der Wandpartien des IV. Ventrikels ergiebt die Zeichen einer längere Zeit bestehenden nekrotischen Erweichung, reichliche Fettkörnchenzellen und starke Anfüllung der Lymphscheiden mit Fett. Die Gefässe selbst sind im Uebrigen unverändert, keine Spur von Atheromatose der Hirnarterien. Auch in dem 2. Falle traten zunächst nach dem Insult (Sturz auf dem Trottoir mit Contusion der Nasenwurzelgegend) keine schwereren Symptome auf und erfolgte am 12. Tage nach dem Sturze im besten Wohlbefinden plötzlich eine tödtliche Apoplexie. Die Section stellte einen frischen hämorragischen Erguss im IV. Ventrikel fest. Derselbe hatte zu einer Erweiterung des Aquaeductus Sylvii und zur theilweisen Zertrümmerung der Wand desselben geführt. Die mikroskopische Untersuchung der Blutgefässe in der Umgebung des apoplektischen Herdes ergab nichts Abnormes.

Der 3. Fall betrifft ein 13jähriges Kind, welches plötzlich bei vollem Wohlbefinden von anfangs auf die rechte obere Seite sich beschränkenden später allgemein werdenden Convulsion befallen wurde und verschied. Spätere Nachforschungen ergaben, dass es einige Wochen vor seinem Tode auf dem Eise gestürzt und wahrscheinlich mit der linken Kopfseite aufgeschlagen war. Die Section stellte im rechten Grosshirn in der Grenze zwischen Schläfen- und Hinterhaupts-Lappen einen apoplektischen Herd von Hühnereigrösse, der offenbar in das Unterhorn durchgebrochen war, fest. Die grossen und feineren Gefässe, besonders die Arterien der Hirnbasis waren zartwandig und durchaus normal.

In der 4. Beobachtung handelt es sich um einen 7jährigen bisher vollkommen gesunden Jungen, der nach einem Sturz von der Treppe bereits am 3. Tage allerlei Lähmungserscheinungen zeigte, aber erst am 52. Tage nach dem Sturze starb. Hier fand sich keine Apoplexie, wohl aber eine Erweichungscyste am Boden des IV. Ventrikels mit kleinen Blutungen in den angrenzenden Partien. Die theilweise bräunliche Erweichung erstreckte sich durch die Wandung des Aquaeductus Sylvii bis zum Sehhügel.

Dieser Fall dürfte beweisen, dass das klinische und anatomische Bild nach derartigen traumatischen Einwirkungen auf

den Schädel und dessen Inhalt sehr verschiedenartig sich zu gestalten vermag, wobei die Intensität des Traumas, die Richtung der einwirkenden Gewalt, die individuelle Disposition, die Qualität des Hirnparenchyms und die Beschaffenheit der Gefässe offenbar eine Rolle spielen. So dürften, wie auch aus einer kurz mitgetheilten Beobachtung hervorgeht, bei älteren Individuen, deren Hirngefässe mehr oder weniger alterirt und weniger widerstandsfähig sind, mechanische Resultate von geringerer Intensität genügen, um derartige indirecte Läsionen in der Umgebung der Hirnkammern hervorzurufen. Auf Grund derartiger Erfahrungen kann die Lehre von Rochoux, wonach in der Pathogenese der Hirnapoplexie eine Art prähämorrhagische Erweichung regelmässig anzunehmen sei, für einzelne Fälle von Hirnblutung nicht ausgeschlossen werden.

Wir müssen nach Vorstehendem die Genese der traumatischen Spätapoplexie folgendermaassen präcisiren: Durch die Compression der Hemisphären wird die Cerebrospinalflüssigkeit aus den Seitenventrikeln plötzlich in den 4. Ventrikel hinübergepresst und verursacht in der Wand des Aquaeductus Sylvii und im 4. Ventrikel zunächst eine mechanische Läsion, die wahrscheinlich in den direct unter dem Ependym gelegenen Wandpartien ihren Sitz hat und mit oder ohne minimale Blutung einhergehen kann. Im Anschluss an das Trauma kommt es zur traumatischen Degeneration, die vorzugsweise als Erweichungsnekrose auftritt, zur Gefässalteration und schliesslich in Folge letzterer sowie der veränderten Widerstände und Druckverhältnisse zur traumatischen und tödtlichen Spätapoplexie führt. In manchen Fällen setzt der degenerative Process schon bald nach der Einwirkung des Traumas ein und führt auf dem Wege der progressiven gelben Erweichung zum tödtlichen Ausgang. In anderen Fällen wirkt der traumatische, durch Ventrikelinhalt vermittelte und fortgepflanzte Insult auf die laterale Wandung einer Seitenkammer und ist die Localisation der Spätapoplexie dann offenbar abhängig von der Richtung, in welcher die Wirkung der äusseren Gewalt sich auf den Schädelinhalt fortpflanzt. A. Cramer-Eberswalde.

Karg: Ueber das Carcinom. Zeitschrift für Chirurgie Bd 34.

Zum Jubiläum von Thiersch konnte der durch seine histologischen Arbeiten rühmlichst bekannte Verf. gewiss kein passenderes Thema wählen, als das vorliegende, worin er alles das zusammengestellt hat, was seit den grundlegenden Thiersch'schen Arbeiten in der Carcinomfrage geleistet worden ist. Verf. konnte dies um so eher thun, als er selbst eingehende Studien über die zur Zeit am meisten interessirenden Punkte gemacht hat und somit berufen erscheint, zur Klarlegung derselben ein gewichtiges Wort mitzusprechen.

Was zunächst das Wesen des Carcinoms betrifft, so ist keine der verschiedenen darüber aufgestellten Theorien im Stande gewesen, einen befriedigenden Aufschluss zu geben. Die Thiersch'sche Theorie von der Störung des statischen Gleichgewichtes zwischen Bindegewebe und Epithel hat immer noch viele Anhänger, wenn sie auch nicht alles erklären kann. Wodurch der eigentliche Anstoss für die Wucherung der Epithelien gegeben wird, bleibt immer noch unklar. K. weist darauf hin, dass er schon vor Jahren gezeigt hat, wie durch die Leucocyten bei der Entwickelung der Geschwülste ebenso wie bei der Regeneration der Gewebe den fixen Zellen Nährmaterial zugeführt wird. So weit gehende Schlüsse wie es Klebs gethan hat, kann aber K. aus diesen Beobachtungen nicht ziehen.

Dass die Krebszellen epithelialer Herkunft sind, ist durch die Entdeckung der karyokinetischen Kerntheilung noch einmal auf's unzweideutigste bewiesen worden. Irgendwelche charakteristische Eigenschaften der Krebszellen sind aber durch die neueren histologischen Untersuchungen nicht aufgefunden worden. Die asymmetrischen Kerntheilungen, an die Hansemann so weitgehende und bestechende Schlussfolgerungen geknüpft hat, finden sich nicht nur in bösartigen, sondern auch in gutartigen Geschwülsten; ausserdem dürften sie auch vielfach als Kunstproducte anzusehen sein.

Neben diesen Erörterungen über die morphologischen Eigenschaften des Krebses haben in neuerer Zeit besonders die Impfbarkeit und die parasitäre Theorie des Carcinoms die Gemüther beschäftigt. Von allen Thierversuchen sind als völlig einwandsfrei nur die von Hanau bei Ratten mit Erfolg angestellten Uebertragungen anzusehen; die Impfungen beim Menschen, wie sie Hahn und Bergmann gelungen sind, können nicht als Impfungen, sondern nur als Transplantationen angesehen werden. Wenn auch eine gewisse Aehnlichkeit zwischen der Entwickelung des Carcinoms und der einzelnen Infectionskrankheiten besteht, so kann daraus noch keineswegs auf eine parasitäre Grundlage des Carcinoms geschlossen werden. Gegen dieselbe sprechen eine Reihe von gewichtigen Gründen. Die Impfung ist eine von der bei Infectionskrankheiten völlig verschiedene, indem die Uebertragung nur in sehr seltenen Fällen und auch nur mit grossen Gewebsstückchen gelungen ist. Ferner bleibt die carcinomatöse Neubildung immer auf das epitheliale Gewebe beschränkt, während alle Infectionskrankheiten sich ausschliesslich im Bindegewebe abspielen. Bei den Metastasen des Krebses tritt nie eine Infection anderer Epithelien ein, immer bleibt die Wucherung auf die Ausgangsepithelien beschränkt. Will man durchaus ein infectiöses Agens, so kann man ohne Zwang als solches die Carcinomzelle selbst ansehen; sie ist es, welche wuchert, welche inficirt, Metastasen macht und durch ihre Stoffwechselproducte Kachexie erzeugt.

Was nun die beim Carcinom gefundenen Mikroorganismen anbetrifft, so ist zunächst über die von einzelnen Autoren gefundenen Bacterien wohl kein Wort mehr zu verlieren; an die Bacterienätiologie glaubt heutzutage wohl Niemand mehr. Anders steht es mit dem Befund von Protozoen im Carcinom. Auf Grund eingehender Literaturstudien ist Verf. zu dem Schluss gekommen, dass eine gewisse Bedeutung diesen Befunden jedenfalls nicht abzusprechen ist, dass aber die Autoren ganz verschiedene Dinge als Carcinomparasiten beschrieben und gedeutet haben. Die eigenen Untersuchungen des Verf.'s haben sich auf 74 Fälle von Carcinom erstreckt. Es ist nicht gut möglich, auf die Einzelheiten desselben hier des Näheren einzugehen. Erwähnt sei nur, dass nach K. die verschiedenen als Parasiten beschriebenen Gebilde in anderer Weise zu erklären sind. In einzelnen Fällen sind sie als jugendliche, im Sinne einer progressiven Metamorphose veränderte Epithelien anzusehen, in anderen Fällen als Epithelzellen, die in regressiver Metamorphose begriffen, und in anderen Fällen schliesslich als Trümmer von in Zellen eingeschlossenen Leukocyten. Die Befunde sind illustrirt durch eine grosse Zahl von Photographien, die wohl Alles, was bisher auf dem Gebiete der histologischen Photographie geleistet worden ist, an Deutlichkeit und Schärfe übertreffen.

Eine Reihe von klinischen Beobachtungen schliessen die Abhandlung, die nicht nur als wichtiger Beitrag zur Carcinomfrage begrüsst werden muss, sondern auch viele sehr umstrittene Punkte zu einem gewissen Abschluss bringt. Sie muss Jedem zum gründlichen Studium auf's Dringendste empfohlen werden. Krecke.

P. Zweifel: Vorlesungen über klinische Gynäkologie. 428 Seiten. 11 lithogr. Tafeln und 61 Figuren im Text. Berlin 1892, bei A. Hirschwald.

Bei Gelegenheit der Eröffnung des neuen klinischen Institutes für Geburtshülfe und Gynäkologie in Leipzig hat Zweifel als Festgabe einen stattlichen Band erscheinen lassen, welcher in Form von Vorlesungen so ziemlich das gesammte Gebiet der heutigen Gynäkologie behandelt und dabei zugleich über die bisherige Thätigkeit des Autors in Leipzig und die daselbst gesammelten Erfahrungen berichtet.

Es ist eine Fülle von interessanten Beobachtungen und Anregungen, welche jedem Arzt, der sich für Gynäkologie interessirt, Schritt für Schritt in dem Zweifel'schen Werke entgegentritt. Die 1. Vorlesung giebt nach einem Rückblick auf die Umgestaltung der Gynäkologie im Laufe der letzten 14 Jahre eine Darstellung der verschiedenen gynäkologischen Untersuchungsmethoden. Die 2.—6. Vorlesung behandeln die

Ovarialkystome und ihre operative Behandlung. Es wird zuerst die geschichtliche Entwickelung der Ovariotomie, welche den Anstoss zur Bauchhöhlenchirurgie gab, kurz skizzirt und dann die antiseptische Vorbereitung der Kranken und der Operateure erörtert, so wie sie auf der Klinik des Verfassers vorgenommen wird. Folgt dann eine Statistik über alle Laparotomien, welche Zweifel in Leipzig vor 4 Jahren ausgeführt hat. Es sind ihrer 346 mit einer Mortalität von nur 5,5 Proc. Gewiss ein glänzendes Resultat! Besonders ausführlich werden die Todesursachen bei „Ovariokystektomie", wie Zweifel die alte Ovariotomie umgetauft hat, mit Herbeiziehung lehrreicher eigener Beobachtungen besprochen. Die Technik bei der Ovariotomie und eine anatomisch histologische Darstellung über die verschiedenen Formen der Ovarialkystome und ihre Entstehung beschliessen diesen Abschnitt.

Vorlesung 7 behandelt die Differentialdiagnose der Unterleibsgeschwülste an der Hand von 12 besonders interessanten und zum Theil recht schwierig zu beurtheilenden Fällen. In Vorlesung 8 kommt Zweifel auf die Operationen an den Adnexen des Uterus, die Salpingo-Oophorektomien, ein Gebiet, auf welchem er besonders reiche Erfahrung sammeln konnte. Von 103 Operirten wurde nur 1 an septischer Peritonitis verloren, alle anderen genasen. Dasdurch die Operationen gewonnene Präparatenmaterial ist wissenschaftlich, besonders auch nach der ätiologisch-bakteriologischen Seite hin ausgiebig verwerthet. Vorlesung 9 behandelt die Myomoperationen. Zweifel beschreibt hier seine Behandlung des Stumpfes durch die fortlaufende Partienligatur, mit der er ausgezeichnete Erfolge (nur 4 Proc. Mortalität bei 53 Operationen) erzielte. Nachdem die Castration und die Enucleation der Myome kurz gestreift sind, folgt eine ausführliche Erörterung der symptomatischen Behandlung der Myome (intrauterine Injectionen, Ergotin, Hydrastis, Elektrolyse). Die 10. Vorlesung ist der Retroflexio und ihrer operativen und Pessarbehandlung gewidmet, die 11. der Extrauteringravidität (15 eigene Fälle), die 12. der Totalexstirpation des Uterus (77 Fälle, 5,5 Proc. Mortalität). In der 13. Vorlesung werden zuerst 40 Fälle von operirten Uro-Genitalfisteln berichtet und dann deren Heilungsmethoden besprochen. 14. Vorlesung: Dammplastik und Prolapsoperationen. Die 15. Vorlesung endlich, von Doederlein nach dem Materiale der Klinik bearbeitet, behandelt die Endometritis, die Erosion, die Abrasio mucosae und die Amputatio der Portio vaginalis.

Diese Inhaltsangabe, welche die Eintheilung des Materials in ihren Hauptzügen kurz skizzirt, vermag allerdings nur eine dürftige Vorstellung von der Menge des Gebotenen zu geben. Man denke sich überall zahlreiche und darunter ausgewählte interessante und lehrreiche Beobachtungen, anatomische, histologische, bakteriologische Untersuchungen, Operationsberichte und Versuche neuer Methoden, statistische Angaben u. s. w. eingestreut und man wird verstehen, dass eine solche Arbeit von ausserordentlich vielseitigem Nutzen für eine Fachwissenschaft sein muss. Zweifel hat sich, indem er die Mühe nicht scheute, seine Erfahrungen zu ordnen und der Allgemeinheit zugänglich zu machen, ein grosses Verdienst um den Fortschritt der Gynäkologie erworben. Es ist hier nicht der Ort, über Einzelheiten zu streiten und schliesslich auch weniger von Belang, ob der Verfasser in Diesem oder Jenem Recht behält. Die Hauptsache bei solchen Werken, welche sich ja nicht belehrend an den Studierenden, sondern zum guten Theil auch mittheilend an die Fachgenossen wenden, ist die Möglichkeit des Vergleichens, die Befruchtung zu neuen Ideen, die Anregung, die daraus entsprungen. Und diese werden in reichem Maasse Jedem zu Theil, der die Zweifel'schen Vorlesungen über Gynäkologie mit Aufmerksamkeit durcharbeitet.

Ref. kann diese Anzeige nicht schliessen, ohne der vorzüglichen Abbildungen rühmend gedacht zu haben, mit denen fast alle Capitel ausgestattet sind. Bumm-Würzburg.

Dr. **P. Baumgarten: Ueber die Nabelvene des Menschen und ihre Bedeutung für die Circulationsstörung bei Lebercirrhose.**

Durch sehr eingehende, auf ein grosses Leichenmaterial aus den verschiedensten Lebensaltern nach der Geburt sich erstreckende Untersuchungen stellt B. zunächst fest, dass fast ausnahmslos ein Theil der Nabelvene im Bereiche des Ligam. teres offen bleibt und Blut führt. In 24 unter 60 Fällen ist die Einmündung in die Pfortader ziemlich weit und leicht aufzufinden; in 36 Fällen war die Oeffnung sehr fein, aber deutlich als blutführendes Gefässlumen nachzuweisen. Nur 5 mal konnte er ein solches Lumen nicht auffinden. Der offen bleibende Restcanal der Umbilicalvene wird mit Blut gespeist durch ein oder mehrere Gefässästchen, welche seitlich in die Umbilicalvenen einmünden und theils mit Aesten der Vena epigastrica inferior, theils mit kleinen Venenverzweigungen, welche dem Urachus entlang aufwärts ziehen, in Verbindung stehen. B. konnte diese Anastomosen in 51 von 60 Fällen durch Injection oder Lupenuntersuchung feststellen.

Damit sind die Einrichtungen gegeben, welche das Auftreten der mächtigen Venenausdehnungen an der Bauchwand bei Stauung im Pfortadersystem besonders bei Lebercirrhose ermöglichen, (Caput Medusae).

In der That konnte B. bei 38 unter 40 Fällen von Lebercirrhose, die er darauf untersuchte, einen erweiterten Restcanal der Nabelvene nachweisen, welcher in den einzelnen Fällen von Stecknadelschaft- bis Fingerumfang schwankte.

Mit der Erweiterung des Restcanals geht stets eine entsprechend starke Erweiterung der Seitenäste des Canals zusammen.

Die Arbeit ist mit 10 lithographirten Tafeln ausgestattet, welche die besprochenen Verhältnisse gut illustriren. G.

A. M. Schirmer, Zahnarzt in Basel: **Todesfall in der Bromäthernarkose und üble Zufälle in der Pentalnarkose.** Deutsche Monatsschrift für Zahnheilkunde, Juni 1892.

Unsere Zeit hastet nach Fortschritten und Neuerungen. Kaum, dass irgend eine Erfindung oder Entdeckung gemacht ist, so finden sich auch schon Enthusiasten, welche dieselbe als den Gipfel der Vollkommenheit bezeichnen.

So wurde vor nicht langer Zeit der Bromäther als das beste und gefahrloseste Narcoticum für kleinere chirurgische Eingriffe von unseren Autoren geschildert, und kaum war das Pental, resp. dessen narkotische Eigenschaft bekannt, so hoben theilweise die nämlichen Herren dieses in den Himmel.

Nach meiner Ueberzeugung ist für den Operateur dasjenige Narcoticum am gefahrlosesten, mit welchem er am meisten vertraut ist; zum mindesten aber sollte man bedenken, dass das stete Wechseln mit diesen Mitteln von Uebel ist und dass gar kein Narcoticum ohne Gefahr ist.

In der kurzen Zeit, seit welcher die zwei obengenannten Mittel gebraucht werden, haben mit denselben schon wiederholt letale Ausgänge oder üble Zufälle sich ereignet.

Wir können daher dem genannten Autor nur dankbar sein, wenn er zur Warnung einzelne derartige Fälle bekannt giebt, gegen die allzu häufige und zu leichte Anwendung der Narcotica sich ausspricht und namentlich den Zahnärzten räth, nur unter Beiziehung eines Arztes zu narkotisiren. Dies sei keine Bevormundung, wie Einige behaupten, sondern eine Entlastung. Die Kosten würden grössere und daher das Verlangen des Publicums nach Narkosen ein geringeres und mehr auf grössere Operationen beschränktes.

Gegenüber der in der deutschen Literatur herrschenden Ansicht, dass bei letalen Ausgängen zuerst das Respirations- und dann erst das Circulationscentrum gelähmt werde, glaubt Schirmer, nach gut beobachteten Fällen urtheilend, dass beide Centra fast gleichzeitig ihre Functionen einstellen.

Zur Stütze seiner Ansichten bringt Verfasser die detaillirte Beschreibung des in der v. Billroth'schen Klinik vorgekommenen Todesfalles mit Bromäther, sowie zweier Pentalnarkosen, welche zwar nicht letal endeten, aber sehr beunruhigende und üble Erscheinungen zeigten.

Uebrigens muss Referent die Bemerkung anknüpfen, dass seit dem Erscheinen des besprochenen Aufsatzes wieder einige Todesfälle durch Bromäther und Pental gemeldet wurden.

Privatdocent Dr. Weil.

Vereins- und Congress-Berichte.

Greifswalder medicinischer Verein.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 23. Juli 1892.

Vorsitzender: Herr Mosler. Schriftführer: Herr Hoffmann.

1) Der Verein beschliesst ein Gesuch an den vorgesetzten Minister, im Interesse der Säuglinge den durch das neue Gesetz über die Sonntagsruhe verbotenen Verkauf von Milch am Sonntag Nachmittag auch ferner gestatten zu wollen.

2) Herr **Helferich:** a) Vorstellung eines Falles von **Cholecystectomie.** Es handelte sich um Empyem der Gallenblase und einen im Ductus cysticus fest eingekeilten Stein. Der Stein konnte nach Eröffnung der Gallenblase zwar lithotriptisch entfernt werden, doch erschien die Exstirpation der ganzen Blase mit dem Ductus cysticus das Rationellste. Bei der Vorstellung 14 Tage nach der Operation wurde völlige Heilung constatirt. (Der Fall ist genauer beschrieben in der Dissertation von Dr. Kleiber, Ueber Exstirpation der Gallenblase. Greifswald, 1892.)

b) Vorstellung dreier Fälle von **Gastrostomie** bei Carcinom des Oesophagus, resp. der Cardia; sämmtliche Fälle waren innerhalb der vorhergehenden 3 Wochen operirt und sichtlich gebessert. H. schliesst allgemeine Bemerkungen über die Technik der Operation an, welche in der Deutsch. med. Wochenschrift ausführlicher veröffentlicht werden.

3) Herr **Grawitz: Ueber Muskelentzündung und Muskelgeschwülste.** (Erscheint anderwärts in extenso.)

4) Herr **Abel: Die Aussätzigen in Constantinopel.**

Vortragender bespricht die auffallende Thatsache, dass in Constantinopel kein Fall von Leprainfection beobachtet wird, trotzdem die Kranken im Asyl von Skutari und die in Constantinopel sich frei bewegenden in beständiger Berührung mit der gesunden Bevölkerung leben. Es steht dieses Verhältniss im Widerspruch mit den Erfahrungen, die man auf den Sandwichinseln gemacht. Missionäre erkranken dort oft, und Arning konnte einen zum Tode verurtheilten Verbrecher mit Leprakoten inficiren. Vielleicht hat sich im Orient im Laufe der Jahrtausende eine Art natürlicher Immunität durch Vernichtung der meist empfänglichen Individuen herausgebildet; jedenfalls ist die Lepra dort überall im Rückgange begriffen.

Verein der Aerzte zu Halle a. S.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 29. Juni 1892.

Vorsitzender: Herr Pott. Schriftführer: Herr Hertzberg.

I. Herr **Gerdes:** Vorstellung zweier Fälle von **Akromegalie.** (Erscheint in extenso in dieser Wochenschrift.)

II. Herr **Graefe** demonstrirt 1) ein durch Laparotomie gewonnenes Präparat von geplatzter Tubengravidität des zweiten Monates.

2) Einen kindskopfgrossen linksseitigen Ovarialtumor, welcher ihm dadurch von Interesse war, dass er denselben bereits 6 Jahre zuvor als hühnereigross und völlig intraligamentär constatirt hatte. Während zweier Jahre nahm er nicht an Umfang zu. Dann entzog sich die Patientin, deren von einer Metritis chronica herrührenden Beschwerden gehoben waren, der Beobachtung. Erst nach 4 Jahren stellte sie sich in Folge erneuter, erst seit einigen Wochen aufgetretener Beschwerden vor. Jetzt fand sich der Tumor bis zur beschriebenen Grösse gewachsen und ziemlich beweglich. Bei der Operation zeigte sich, dass der Tumor zwar ziemlich breitbasig inserirte, aber nicht mehr intraligamentär sass.

III. Herr **Hofmeister: Untersuchungen über die Bedeutung der Schilddrüse** mit Demonstration von Präparaten.

Vortragender versucht, eine möglichst gedrängte Uebersicht über den heutigen Stand der Schilddrüsenfrage zu geben.

Einer kurzen Darstellung des aus der Literatur bekannten Symptomencomplexes der Cachexia strumipriva schliesst sich die Besprechung der Frage nach dem Zusammenhang der geschilderten Erscheinungen mit dem Schilddrüsenverluste an. Nachdem die Anschauungen derjenigen Autoren, welche der Thyreoidea jede Bedeutung absprechen, eine kurze Kritik erfahren, wendet sich der Vortr. etwas eingehender den Momenten zu, welche auf den Erfolg der experimentellen Thyreoidectomie, sowie der totalen Strumaexstirpation von Einfluss sind (Vorkommen und Bedeutung der Nebenschilddrüsen, Transplantationsversuche, Einfluss des Alters und der Thierclasse). In diesem Abschnitt wird zugleich der Beweis erbracht, dass nach dem heutigen Stande der Forschung die Cachexia strumipriva sowie ein Theil der als Tetanie beschriebenen Krankheitsfälle als directe Folge des Schilddrüsenverlustes anzusehen sind, dass also die Thyreoidea eine für den Organismus wichtige Function hat. Die nun folgende Besprechung der verschiedenen Theorien, welche betreffs der fraglichen Function aufgestellt sind, führen zu dem Resultat, dass auch die, heute als wahrscheinlichste am allgemeinsten angenommene, von Horsley formulirte Theorie, wonach „die Schilddrüse Substanzen, welche im Blut circuliren und dem Organismus schädlich sind, zerstört, und auf der andern Seite eine dem Stoffwechsel des Körpers dienende Substanz secernirt", bislang nur als Hypothese zu betrachten ist.

Die eigenen Untersuchungen des Vortr., welche im Gegensatz zu den meisten bisherigen vornehmlich die Auffindung anatomischer Veränderungen bezweckten, sind an jungen Kaninchen angestellt.

Von den Ergebnissen verdienen als die wichtigsten hervorgehoben zu werden:

1) Die schon von Rogowitsch, später von Stieda gefundene Hypertrophie des Hirnumfangs.

2) Hochgradiges Zurückbleiben des Knochenwachsthums zugleich mit Verzögerung in der Verknöcherung der Epiphysenfugen. (Demonstration von Skelettheilen). Uebereinstimmende Beobachtungen sind nach totaler Kropfexstirpation bei Kindern und an Kretins mit atrophischer Schilddrüse gemacht worden.

3) Folliculäre Hypertrophie („kleincystische Degeneration der Ovarien mit bedeutender Ectasie der venösen Gefässe"). Aehnliches ist neuerdings am Menschen beobachtet von Langhans in Bern. (Demonstration mikroskopischer Präparate.)

Nach einer kurzen Würdigung der jüngst von Langhans und Kopp entdeckten herdförmigen Erkrankungen im peripheren Nervensystem thyreoidectomirter Menschen, Affen und Hunde, sowie von Kretinen, kommt Vortr. auf die Beziehungen des Myxödems und des Kretinismus zur Schilddrüse zu sprechen. Betreffs des Ersteren hält er den Zusammenhang für erwiesen; schwieriger ist die Entscheidung für den Kretinismus. Der höherer Werth, welchen experimentell erzeugte cretinoide Erscheinungen (Zurückbleiben des Knochenwachsthums bei knorplig bleibenden Epiphysenlinien) gegenüber den nach Kropfexstirpation am Menschen beobachteten besitzen, ist darin begründet, dass man es bei ihnen mit vorher gesunden Thieren zu thun hat, welche nicht unter dem Einfluss eines hypothetischen Kropfgifts stehen, das man in gleicher Weise für den Kretinismus wie für den Kropf verantwortlich machen könnte. Vortr. vertritt den Standpunkt, dass die Ursache des endemischen Kretinismus höchst wahrscheinlich in dem Verlust (oder bei geringeren Graden in einer hochgradigen Herabsetzung) der Schilddrüsenfunction zu suchen ist; für den exacten Beweis fehlt heute noch das nöthige anatomische Material. Die zahlenmässige Feststellung von Kröpfen bei Kretins hilft in dieser Richtung wenig, da die Thatsache der Schilddrüsenvergrösserung an sich noch keinen Aufschluss über das functionelle Verhalten giebt; nur die anatomische und speciell die histologische Untersuchung der Thyreoidea kretinistischer Individuen kann uns in dieser Frage weiter bringen. (Autoreferat.)

Sitzung vom 13. Juli 1892.

Vorsitzender: Herr Pott. Schriftführer: Herr Hertzberg.

Vor der Tagesordnung demonstrirt Herr **Harnack** den Verdauungstractus zweier Katzen, denen in der Chloroform-Narkose mittelst der Schlundsonde 5 resp. 6 ccm reines Phenol

in den Magen gebracht waren. Die erste Katze starb unmittelbar nach der Einverleibung der Carbolsäure resp. war schon moribund in Folge zu starker Narkose. Hier stellt die Schleimhaut des Magens durchweg eine todte, harte, gelbgefärbte Masse dar, von der Consistenz einer harten Gummiplatte, und riecht stark nach Phenol; am festgeschlossenen Pylorus schnitt die Zerstörung scharf ab.

Das zweite Versuchsthier überlebte die Vergiftung etwa $1^1/_2$ Stunden, hier ist der Befund wesentlich anders. Die Mucosa des Magens ist im Zustande heftigster Entzündung, starker Hyperämie und Schwellung, Erscheinungen, die sich in schwächerem Maasse in dem angrenzenden Dünndarm finden. Die Schleimhaut riecht nicht nach Carbol; hier ist das Gift resorbirt. Die Schleimhaut des Oesophagus ist angeätzt und sieht wie gegerbt aus.

Harnack weist darauf hin, dass sein Experiment in untrüglichster Weise zeigt, wie ungleich widerstandsfähiger die lebende Zelle gegenüber Stoffen wie Carbolsäure ist: insbesondere scheint die lebende, functionirende Magenschleimhaut in ganz eminenter Weise mehr gegen die Einwirkung ätzender Substanzen, wie Phenol geschützt zu sein, als die im Absterben begriffene resp. todte. Sie resorbirt derartige Substanzen, ohne so hochgradig geschädigt zu werden; das betreffende Individuum geht nicht an der localen Zerstörung, sondern an der Allgemein-Intoxication zu Grunde. Auch spricht Harnack der Magenschleimhaut als solcher eine grössere Widerstandsfähigkeit zu als anderen Schleimhäuten, wie der Zustand des Oesophagus beweisen dürfte.

Zum Schluss deutet Harnack auf das hohe forensische Interesse hin, welches der Versuch bietet.

II. Herr **Pott: Ueber congenitale Tumoren.** (Erscheint in extenso in dieser Wochenschrift.)

III. Herr **Kupferberg:** Mittheilung über drei Fälle von nicht penetrirender Uterusruptur.

Aus den Pariser medicinischen Gesellschaften.

Académie de Médecine.

Sitzung vom 16. August 1892.

Bérenger-Féraud bespricht die geographische Vertheilung der den Menschen befallenden Taenien. Die Taenia solium wird in allen europäischen Ländern beobachtet, besonders in Central-Europa; in den letzten Jahrzehnten zeigt sich in wenigen Ländern, besonders in Deutschland, eine Abnahme derselben, was auf die verbesserte Sanitätspolizei, die veränderte Ernährung der Schweine und auf die Trichinenfurcht der Bevölkerung zurückzuführen sei. Taenia saginata wird häufiger im südlichen und westlichen Europa beobachtet; sie nimmt an Häufigkeit in den letzten Jahrzehnten zu. Taenia nana, zuerst in Egypten von Bilharz entdeckt, wurde seitdem in verschiedenen Ländern Europas beobachtet (Nottingham, Belgrad, Mailand, Catania). In gleicher Weise findet man diese verschiedenen Taenien in Asien, Amerika und Afrika, eine genauere geographische Statistik ist jedoch nicht möglich zu geben. Die Prophylaxe, die beim Menschen im Genuss nur gut gekochten Fleisches besteht, ist beim Thiere schwieriger durchzuführen, sie besteht hauptsächlich in Ueberwachung ihrer Nahrung; die Fortschritte in der Schweinezucht und die Beobachtung indischer Aerzte aus jüngster Zeit, dass das Fleisch derjenigen Rinder, welche mehrere Monate hindurch nur reines Wasser zum Trinken bekommen, sehr an Güte gewonnen hat, geben einen Fingerzeig für die einzuschlagenden Maassnahmen.

Die Morbidität und Mortalität der Colonialtruppen. — Wünsche des Marinesanitätscorps.

Lagneau hebt die Wichtigkeit der Statistik hervor und bedauert sehr, dass, obwohl ein französisches Gesetz vom Jahre 1854 eine Veröffentlichung derselben fordert, dieselbe höchst mangelhaft geschieht und über Tonkin, Annam und Senegal noch keinerlei statistische Daten an die Oeffentlichkeit gelangt sind. Während die Sterblichkeit der Truppen in Europa 7 pro mille beträgt, steigt sie in den Colonien auf 44 pro mille, bei einigen Expeditionen im Senegal stieg sie sogar auf $^1/_4$ des Effectivstandes. In einem Lande, wo die Bevölkerung täglich abnimmt, solle man keine Geldopfer scheuen, um das Leben der Menschen zu retten und das Beispiel der Engländer nachahmen, welche auf ihren Expeditionen in Abessynien und gegen die Aschantis mit erheblichem Geldaufwand die Sterblichkeit ihrer Truppen auf eine unbedeutende Ziffer zu reduciren verstanden. Bérenger-Féraud (vor Kurzem von seiner Stelle als Präsident des obersten Sanitätsrathes der Marine abgesetzt) machte als junger Arzt die Expedition nach Gross-Bassam mit und bekam unter 647 Leuten 527 Kranke; da aber Mangel an Truppen war, so durfte man bloss diejenigen als krank betrachten, die im Froststadium des Fiebers waren; sowie das Hitzestadium eintrat, mussten sie in's Gefecht geschickt werden. Von den betheiligten 4 Aerzten war Bérenger der einzige überlebende. Während im Kampfe selbst nur 16 Mann blieben, war bei der Wiedereinschiffung der Gesundheitszustand ein ganz zerrütteter und 82 Leichen musste man während der Ueberfahrt in's Meer versenken. Die Modificationen in der Organisation, welche dringend von den Marineärzten im Interesse der ihnen anvertrauten Truppen gefordert werden, existiren schon lange in anderen Ländern, auch in der rumänischen und japanesischen Marine.

Alphonse Guérin, der Vorsitzende der Academie, that die Schlussäusserung, dass „Frankreich nur der Schweiz in Bezug auf die Organisation des Marinesanitätscorps überlegen sei".

Gibert berichtet, dass von 500 Kindern, welche an der Brust genährt wurden, nur 2 Dentitionskrankheiten hatten, während von 1000 Kindern, die künstliche Nahrung bekamen, 58 einfache Stomatitis, 113 ulceröse und 28 Krämpfe hatten. Das Saugen an der Mutterbrust erleichtert also die Dentition und begünstigt die physiologische Entwickelung des Zahnfleisches. St.

Deutscher Verein für öffentliche Gesundheitspflege.

XVIII. Versammlung zu Würzburg am 8., 9., 10. und 11. September 1892.

Tagesordnung.

Mittwoch, den 7. September. 8 Uhr Abends: Gesellige Vereinigung zur Begrüssung im Hôtel Schwan, Büttnergasse 26 und 28.

Donnerstag den 8. September. $8^1/_2$ Uhr Vormittags: Versammlung im Hofgarten bei der Residenz. $8^3/_4$ Uhr (pünktlich): Besichtigung der Residenz (Fresken des Treppenhauses, Spiegelzimmer etc.). 10 Uhr Vormittags: Erste Sitzung in der Aula der kgl. Musikschule[1]) (Paradeplatz 1). Tagesordnung: Eröffnung der Versammlung. — Geschäftliche Mittheilungen. I. Die unterschiedliche Behandlung der Bauordnung für das Innere, die Aussenbezirke und die Umgebung von Städten. Referenten: Oberbürgermeister Adickes-Frankfurt a. M. Oberbaurath Professor Baumeister-Karlsruhe. II. Reformen auf dem Gebiete der Brodbereitung. Referent: Professor Dr. K. B. Lehmann-Würzburg. 3 Uhr Nachmittags: Excursionen in 3 Gruppen. 1) Neues Wasserwerk, Militärbäckerei, Brauhäuser, Trommelwehr. 2) Hauger Schulhaus mit bewährter Luftheizung, Schulbad etc., Sturm's Heizapparaten-Fabrik, Schlachthaus mit Kühlanlage, eventuell Gasanstalt, Trommelwehr. 3) Universitätsinstitute, Juliusspital, Trommelwehr. 7 Uhr Abends: Festessen mit Damen im grossen Saal der Harmonie (Hofstrasse 3). Nach dem Essen: Zwanglose Vereinigung in den Räumen der Harmonie. (Offenes Bier.)

Freitag, den 9. September. 9 Uhr Vormittags: Zweite Sitzung in dem Saale der kgl. Musikschule[1]) (Paradeplatz 1). Tagesordnung: III. Die Grundsätze richtiger Ernährung und die Mittel, ihnen bei der ärmeren Bevölkerung Geltung zu verschaffen. Referent: Privatdocent Dr. Ludwig Pfeiffer-München. Correferent: Stadtrath Fritz Kalle-Wiesbaden. IV. Vorbeugungsmaassregeln gegen Wasserverseudung. Referent: Wasserwerkdirektor Kümmel-Altona. 3 Uhr Nachmittags: Gemeinsamer Ausflug mit Damen in's Mainthal, nach Zell und Veitshöchheim.

Samstag, den 10. September. 9 Uhr Vormittags: Dritte Sitzung in dem Saale der kgl. Musikschule[1]) (Paradeplatz 1). Tagesordnung: V. Die Verwendung des wegen seines Aussehens oder in gesundheitlicher Hinsicht zu beanstandenden Fleisches, einschliesslich der Kadaver kranker getödteter oder gefallener Thiere. Referent: Oberregierungsrath Dr. Lydtin-Karlsruhe. 3 Uhr Nachmittags: Excursionen in 2 Gruppen. 1) Schürer's Tabakfabrik, Thaler's Kunstwollfabrik, Wucherer's Chokolade- und Conservenfabrik. 2) Universitätsinstitute, Privatkliniken. 8 Uhr Abends: Gesellige Vereinigung im Schrannensaal (Maxstrasse 11). Bewirthung durch die Stadt.

Sonntag, den 11. September. Ausflug nach Rothenburg ob der Tauber. Daselbst Aufführung des historischen Festspiels: „Der Meistertrunk."

Theilnahme an der Versammlung.

Die Theilnahme an der Versammlung in Würzburg ist nur den Mitgliedern des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege gegen Vorzeigung ihrer Mitgliedkarte gestattet.

Nach § 2 der Statuten ist zur Mitgliedschaft Jeder berechtigt, der Interesse an öffentlicher Gesundheitspflege hat und den Jahresbeitrag von 6 Mark zahlt.

Die den Mitgliedern seiner Zeit zugestellte rothe Mitgliedkarte für das Jahr 1892 berechtigt zur Theilnahme an der Versammlung, d. h. zur Theilnahme an den Sitzungen des Vereins und an allen Besichtigungen, zum Bezug der Festschrift, der Karten für das Festessen, die Ausflüge etc.

Für Damen der Mitglieder werden Karten unentgeltlich abgegeben, die dieselbe Berechtigung wie die Mitgliedkarten gewähren.

Die verehrlichen Mitglieder werden dringend ersucht, alsbald

[1]) Sollte in Betreff des Sitzungslocales eine Aenderung eintreten müssen, so wird dies den verehrl. Mitgliedern rechtzeitig mitgetheilt werden, auch auf dem Bahnhof und in den Gasthöfen in Würzburg diesbezügliche Ankündigung erfolgen.

nach ihrer Ankunft in Würzburg sich im Anmeldebureau im Hôtel Schwan, Büttnersgasse 26 und 28, zu melden, um daselbst ihre Namen in die Präsenzliste eintragen zu lassen, das Specialprogramm für die verschiedenen Besichtigungen und Ausflüge, die Festschrift, sowie nähere Mittheilungen betreffs der Versammlung entgegenzunehmen.

Das Anmeldebureau ist geöffnet: Mittwoch, den 7. September, von Vormittags 11 Uhr bis Abends 10 Uhr. Vom 8. September, Vormittags 8 Uhr, bis zum 10. September befindet sich das Bureau bei dem Sitzungs-Lokal in der kgl. Musikschule (Paradeplatz 1)[1]) und ist während der Tagesstunden bis nach Schluss der Sitzung geöffnet.

Im Bureau werden auch Anmeldungen neuer Mitglieder entgegengenommen.

Behörden, Stadtgemeinden und Corporationen können dem Verein mit einem oder mehreren Vertretern als Mitglieder beitreten und zahlen für jeden Vertreter 6 Mark per Jahr.

Das Wohnungsbureau befindet sich vereinigt mit dem Anmeldebureau.

Diejenigen Theilnehmer, welche sich einer Wohnung versichern wollen, werden gebeten, ihre Wünsche dem ständigen Secretär Dr. Alexander Spiess zu Frankfurt a. M. oder dem Mitglied des Ortsausschusses, Herrn Magistratsrath Schwarz, Semmelstrasse 72, Würzburg, rechtzeitig kundzugeben.

Günstig gelegene Gasthöfe:

Hôtel Schwan am Main (Sitz des Ausschusses), Büttnersgasse 26 und 28. An der Bahn: Hôtel Brauser, Haugerring 22. Hôtel National, Kaiserstrasse 33. Hôtel Schott (Deutscher Kaiser), Kaiserstrasse 22. Hôtel Zaenglein, Kaiserstrasse 26. In der Stadt: Hôtel Fränkischer Hof, Eichhorngasse 21. Hôtel Kronprinz, Theaterstrasse 24. Hôtel Rügmer, Maxstrasse 9. Hôtel Russischer Hof, Theaterstrasse 1—3. Hôtel Württemberger Hof, Marktplatz 11.

Verein Deutscher Irrenärzte.

Jahressitzung zu Nürnberg am 9. u. 10. September 1892.

Tagesordnung:

Geschäftliche Mittheilungen. Psychiatrie und Seelsorge, Ref.: Herr Medicinalrath Dr. Siemens-Lauenburg i. S., Corr.: Herr Geheimerath Dr. Zinn-Eberswalde.

Die zweckmässigste Art der Gehirnsection, Ref.: Herr Prof. Dr. Siemerling-Berlin, Corr.: Herr Dr. Edinger-Frankfurt a. M.

Ueber die Bestrebungen zur Abänderung des Verfahrens bei der Anstaltsaufnahme und bei der Entmündigung von Geisteskranken, Ref.: Herr Geheimrath Prof. Dr. Pelman-Bonn.

Ueber die Aufnahme der Psychiatrie in die ärztliche Prüfung, Ref.: Herr Prof. Dr. Rieger-Würzburg.

Herr Geheimrath Prof. Dr. Hitzig-Halle: Thema vorbehalten.

Ueber relativ isolirte psychische und motorische Krankheitsvorgänge beim einfachen Irresein, Herr Sanitätsrath Dr. Roller-Brake.

Ueber Bettruhe bei Behandlung von Geisteskranken, Herr Dr. Cl. Neisser-Leubus.

Herr Prof. Dr. Bumm-Erlangen: Thema vorbehalten.

Congress für Tuberculose.

Folgende Fragen sind für den nächsten Congress, der Ende Juli 1893 abgehalten wird, auf die Tagesordnung gesetzt:

1) Bedeutung der Ansteckung und Erblichkeit für die Verbreitung der Tuberculose.

2) Infections-Krankheiten als begünstigende Ursachen für Tuberculose. Bedeutung einzelner dieser Krankheiten für die Localisation der Tuberculose; z. B. Bedeutung der Blennorhagie für die Entwicklung der Hodentuberculose, der Grippe für die Tuberculose der Lunge.

3) Die Ruhepausen im Verlauf tuberculöser Processe. Dauer derselben. Mittel sie zu erkennen. Ursachen der Recidive.

4) Die verschiedenen Mittel zur Erkennung der Rindertuberculose; Untersuchungen über den Werth der Tuberculinimpfung für die Erkennung der Tuberculose des Rindviehs.

5) Welche Gefahren drohen von den beerdigten Leichen Tuberculöser. Vortheile der Cremation im Vergleich zur Inhumation; Nothwendigkeit, die Tuberkelbacillen im Cadaver zu zerstören.

6) Prophylaxe und Therapie der Tuberculose in Berücksichtigung der Aetiologie.

7) Nützlichkeit der Fleischschau.

Ein Preis von 3000 Francs ist für die beste Arbeit über folgende Frage ausgesetzt: Ueber die Mittel, die latente Tuberculose zu diagnosticiren vor ihrem Erscheinen oder nach deren Heilung.

Die noch nicht veröffentlichten und in französischer Sprache verfassten Arbeiten sind vor dem 1. April 1893 an Dr. L. H. Petit, Paris, rue de Seine 76, einzusenden.

Den Arbeiten ist eine geschlossene Enveloppe beizulegen mit dem Namen und Adresse des Verfassers.

XI. Internationaler medicinischer Congress zu Rom 1893.

Das Centralcomité des XI. Internationalen medicinischen Congresses, der vom 24. September bis 1. October 1893 in Rom tagen wird, hat auf Wunsch der betreffenden Specialisten den bereits bekanntgegebenen Sectionen des Congresses noch weiters je eine für Zahnheilkunde, Kinderkrankheiten und Bau-Sanitätswesen angefügt, sowie der Laryngologie und Ohrenheilkunde je eine besondere Section angewiesen.

Gegenwärtig ist die Bildung der Nationalcomité's der europäischen und überseeischen Staaten und Colonien im Gange; selbe sollen die Aerzte aller civilisirten Länder sowohl zum Besuche des Congresses als zur Theilnahme an den Arbeiten der 18 specialwissenschaftlichen Sectionen anregen.

Ausser dem deutschen Nationalcomité, dessen Bildung und Vorsitz dem Altmeister deutscher Wissenschaft Prof. Dr. R. Virchow übertragen worden ist, wird für jede der 18 wissenschaftlichen Sectionen je ein deutsches Ordnungscomité errichtet werden.

Die Aerzte Italiens haben bereits Provincialcomité's gebildet, die den Zweck haben, den auswärtigen Collegen zur Eröffnung des Congresses festlichen Empfang zu bereiten.

Verschiedenes.

(Einen merkwürdigen Fall von Bleivergiftung durch eine im Knochen steckende Kugel) veröffentlicht Küster (Arch. f. klin. Chir. Bd. 43, Heft 3/4). Ein 30jähriger Mann erhielt in der Schlacht bei Mars-la-Tour einen Gewehrschuss in's Knie; die Kugel drang dicht unterhalb des Gelenkknorpels von der Aussenseite in den Kopf der Tibia ein, machte aber keine Ausschussöffnung. Die Wunde heilte, und der Kranke blieb bis auf eine geringe Bewegungsstörung im Knie 17½ Jahre lang vollkommen gesund. Erst im Jahre 1888 stellten sich Symptome einer chronischen Bleivergiftung ein: Anaemia saturnina, Koliken, Appetitlosigkeit, Verstopfung, Bleisaum am Zahnfleisch, leichtes Zittern in den Händen; im Urin fand sich Blei, aber kein Eiweiss. Keine Veränderung des Pulses, keine Lähmungen, keine Spannung der Bauchwand. Im Januar 1889 wurde der ehemalige Schusscanal von K. ausgemeisselt, und es fand sich Blei in zahlreichen kleinen Plättchen und staubförmigen Partikeln in den Knochen und das Periost eingefilzt, es bildete sogar den Kern kleiner bindegewebiger Knoten in der Umgebung des Knochens. An der dem Einschuss gegenüber liegenden Stelle erschien der Knochen, der hier entschieden stark von Bleitheilen durchsetzt war, auffallend weich. Nach der Operation dauerten die Koliken noch eine Zeit lang an, verschwanden dann aber vollständig.

Das Merkwürdige an diesem Falle, dass die Symptome der Bleivergiftung erst nach 17½ Jahren auftraten, erklärt sich K. in der Weise, dass die Kugel gleich beim Schuss stark zersplittert und die einzelnen Splitter alsbald mit einem Mantel neugebildeten Gewebes umgeben wurden. Aus diesem neuen Gewebe wurde ein gefässarmes Narbengewebe, welches auf Jahre hinaus die Bleitheilchen von einer Berührung mit dem Blut- und Lymphstrom fernhielt. Allmählich wurde dann die Knochennarbe vascularisirt, und nun das Blei in die Blutbahn übergeführt. — Durch Untersuchungen von L. Lewin wurde nachgewiesen, dass sich im Knochen metallisches Blei befand, wahrscheinlich auch Bleioxyd resp. Spuren von Bleicarbonat. Kr.

Therapeutische Notizen.

(Zur Therapie der Cholera.) In einer an die „Berl. klin. Wochenschr." gerichteten Zuschrift empfiehlt Rosenbach-Breslau die Anwendung der Kohlensäure gegen Cholera. Bekanntlich hat E. Fränkel nachgewiesen, dass die Kohlensäure stark entwicklungshemmend auf Culturen von Cholerabacillen wirkt, welche sich, gleich anderen Saprophyten, in einer Kohlensäure-Atmosphäre gar nicht zu entwickeln scheinen. Die Darreichung der Kohlensäure bei Cholera müsste in Gasform erfolgen, da bei diesem Modus der Magensaft — zum Unterschiede der Darreichung von kohlensauren Alkalien — nicht neutralisirt wird, weil ferner die Ausstossung des Gases sehr langsam erfolgt und wahrscheinlich eine directe Resorption ohne Störung der Verdauungsfunction stattfindet. Das bequemste Verfahren, Kohlensäure in den Magen oder Darmtractus zu bringen, ist die Anwendung der künstlichen flüssigen Kohlensäure, von deren therapeutischer Verwendbarkeit Oliven auf Rosenbach's Abtheilung gelegentlich der Behandlung der Phthise mit solchen Darminjectionen sich überzeugt hat. Diese Versuche ergaben die Ungefährlichkeit des Verfahrens und die Möglichkeit, den Darm (vom Rectum aus) und den Magen (mittelst einer Schlundsonde) aufzublähen. Der Widerstand der Bauhin'schen Klappe und des Pylorus könnte durch wiederholte Ruhigstellung und Erschlaffung des Darms mittelst Opiumdarreichung überwunden werden, so dass die Kohlensäure auch in den Dünndarm gelangen wird.

(Als Cholagogum und bei abnormen Gährungsvorgängen im Darm) empfiehlt Dujardin-Beaumetz Tabletten aus Salol, Bismuth. salicylic. und Natr. bicarbonicum āā 10,0 (auf 30 Tabletten) und schreibt je 1 Tablette vor dem Mittag- und Abendessen vor. Besonders bei Gallensteinen wird diese Medication empfohlen. (Rif. med.)

(Als Salbe bei Hämorrhoidalknoten) empfiehlt Rosobudsky folgende Composition: Chrysarobin 0,8, Jodoform 0,3, Extractum Belladonnae 0,6 auf 15,0 Vaseline. Die Wirkung ist einerseits eine schmerzstillende, andererseits eine antiseptische. (Rif. med.)

Tagesgeschichtliche Notizen.

München, 30. August. Gegenüber der Cholera im eigenen Hause tritt das Interesse für die Choleraepidemie im Westen und Osten bedeutend zurück; dennoch wollen wir den Verlauf der Cholera in Russland und Frankreich nicht völlig aus dem Auge lassen. Unterm 19. und 20. August wurde das Auftreten der Cholera im Gouvernement Tula (bis 14. August 38 Erkrankungen, 11 Todesfälle) und im Gouvernement Twer, letzteres nördlich, ersteres südlich an das Gouvernement Moskau angrenzend, amtlich bestätigt. Seit Mitte August herrscht die Cholera auch im Gouvernement Lublin, nördlich von Galizien, wo bis 24. August 60 Erkrankungen und 15 Todesfälle bekannt geworden sind. Sie wurde in den Bezirk Chelm dieses Gouvernements angeblich durch Wäsche aus Rostow eingeschleppt. Chelm (Stadt) ist von Uchrinow, dem nächsten Grenzorte Galiziens, etwa 75 km entfernt, die Seuche ist somit dicht an die österreichische Reichsgrenze vorgeschritten.

In Moskau und Nischney-Nowgorod verläuft die Cholera, wie es den Anschein hat, ziemlich mild; heftiger ist Petersburg ergriffen; es kamen vor

am 21. August	87	Erkrankungen	(32 Todesfälle),
„ 22. August	95	„	(33 „),
„ 23. August	111	„	(32 „).

Auch in vielen der zuerst ergriffenen Bezirke und Städte ist die Morbiditäts- und Mortalitätsziffer noch erschreckend hoch. In Samara erkrankten vom 20.—22. August im Mittel täglich 1194 und starben 529 Personen, im Gouv. Taratow am 22. d. Mts. 879 bezw. 464, im Gouv. Woronesch am 23. d. Mts. 791 bezw. 34, in Simbirsk 382 bezw. 167, in Orenburg am 22. ds. Mts. 241 bezw. 85.

Auch in Frankreich kommt die Cholera noch nicht zur Ruhe. In Havre sind nach einer Zusammenstellung der Stadtbehörde seit Ende Juli insgesammt 365 cholerähnliche Erkrankungen beobachtet worden, darunter 104 mit tödtlichem Ausgang. Brouardel und Proust erklären die Epidemie in Havre für identisch mit der in Paris, also für Cholera, glauben aber, dass sie keine weitere Ausbreitung gewinnen wird. Cholerafälle werden ferner constatirt in Rouen, Oissel, Darzetal und Diepedale, jedoch lauten die Zahlenangaben aus diesen Orten sehr verschieden.

Bei uns ist die Cholera zuerst in Hamburg aufgetreten; einzelne Fälle werden dort wohl bereits vor dem 18. August vorgekommen sein, seit 18. aber trägt ihr Vorkommen unleugbar epidemischen Charakter. Die täglichen Erkrankungsfälle, resp. Sterbefälle waren nach den letzten Mittheilungen am 18. Aug. 13 (2), 19. Aug. 16 (6), 20. Aug. 24 (14), 21. Aug. 31 (15), 22. Aug. 86 (20), 23. Aug. 125 (64), 24. Aug. 82 (31), 25. Aug. 295 (130); bis 26. August betrugen sie zusammen 1028 (358). Im benachbarten Altona erkrankten in der Zeit vom 23.—26. August 64 Personen, in 22 Fällen trat tödtlicher Ausgang ein.

Wie man aus den obigen Zahlen sieht, ist die Choleraepidemie in Hamburg noch in Zunahme begriffen.

Höchst überflüssig erscheint die vielerörterte Frage nach der Einschleppung: ob dieselbe von Russland oder Frankreich her, zur See oder zu Land erfolgt sein kann. Das plötzliche Erscheinen und die rasche Zunahme der Epidemie deutet doch entschieden darauf, dass der Keim sich im Boden von Hamburg entwickelt hat; wie lange er zu seiner Entwicklung gebraucht hat, kann Niemand sagen. Längst können die Keime, sogar aus Indien, eingeschleppt worden sein, aber erst jetzt hat örtliche und zeitliche Disposition sie zur verhängnissvollen Reife gebracht. Es ist darum auch völlig ungerechtfertigt, den Behörden oder richtiger deren ungenügenden Maassnahmen zur Verhütung der Einschleppung die Schuld an dem Choleraausbruch zuzumessen. Den Verkehr so zu überwachen, dass überhaupt keine Cholerakeime verschleppt werden, ist eben ein Ding der Unmöglichkeit. Deshalb darf man auch nicht allzu viel von den allerorts in Deutschland ergriffenen Maassregeln der Verkehrserschwerung, der sanitären Ueberwachung der Reisenden und des Postverkehrs, der Desinfection erwarten. Die einzig aussichtsvolle Prophylaxis liegt in fortwährender Assanirungsarbeit unserer Wohnstätten, die aber nicht erst beginnen darf, wenn die Seuche vor den Thoren steht; denn dann kann ein für die Entwicklung der Keime günstiger Boden nicht mit einmal immun werden. P.

— Man schreibt uns aus Hamburg unterm 24. ds.: Seit dem 20. ds. Mts. ist der gefürchtete Gast auch bei uns eingezogen. Nachdem schon in den letzten Wochen auffallend viele Brechdurchfälle, jedoch meist gutartigen Charakters, beobachtet worden waren, erfolgte am 20. ds. Mts. explosionsartig an verschiedenen Punkten der Stadt das Auftreten schwerer Formen mit rapidem letalen Verlauf. Bis zum 23. Abends waren 295 Fälle bekannt geworden mit 121 Todesfällen (s. unten). Dass es sich nicht mehr um einheimische, sondern asiatische Cholera handelte, war bereits am 22. durch den sicher constatirten Nachweis der typischen Cholerabacillen (Koch) festgestellt worden. Sofort mit dem Bekanntwerden dieser Thatsachen wurden von den Behörden die umfangreichsten Maassregeln zur Isolirung und Bekämpfung der Seuche getroffen. Nachdem schon vor Auftreten derselben den hiesigen Aerzten eine „Anleitung zur Desinfection bei Cholerakranken" seitens des Präses des Medicinalcollegiums zugestellt worden war, wurde am 22. an allen Litfassäulen der Stadt die Bekanntmachung des preussischen Cultusministers vom 28. Juli 1892 angeheftet, deren Wortlaut in der Beilage zu No. 31 dieser Wochenschrift abgedruckt worden ist. Seit dem 23. weilen im Auftrage des Reichs-Gesundheitsamtes Dr. Robert Koch und Regierungsrath Rahts in Hamburg, um Berathungen über gemeinsame Vorkehrungen gegen eine fernere Ausbreitung der Seuche mit den hiesigen Behörden zu pflegen. Die Zahl der Krankenwagen, welche zur Beförderung ansteckender Krankheiten dienen, ist vermehrt worden, ebenso das Personal der Sanitätscolonnen, welche den Transport dieser Kranken zu übernehmen haben. Die Bevölkerung ist im Ganzen ruhig, nur Aerzte und Apotheker jetzt sehr begehrte Persönlichkeiten. Ueber die Zahl der Erkrankungen existirt bis heute (24. August) erst eine Veröffentlichung der Medicinalbehörde:

Choleraverdächtige Erkrankungen u. Todesfälle:

18. August	13	2
19. „	16	6
20. „	24	14
21. „	31	15
22. „	86	20
23. „	125	64
	295	121

— Wir erhalten ferner aus Hamburg, 27. ds., folgende Originalcorrespondenz: In Ergänzung unserer letzten Mittheilung (s. o.) über die Cholera ist zu berichten, dass dieselbe in den letzten Tagen eine erhebliche Zunahme erfahren hat. Die Gesammtzahl der gemeldeten Erkrankungen beträgt vom 18. bis 26. August 12 Uhr Mittags jetzt 961 mit 361 Todesfällen. Die tödtlich verlaufenden sind also durchschnittlich ein Drittel aller Fälle geblieben, ein für Cholera noch günstig zu nennender Procentsatz, da derselbe in früheren Epidemien fast 50 Proc. betragen hat.

Die in manchen hiesigen und vielen auswärtigen Zeitungen veröffentlichten Zahlen leiden vielfach an grossen Uebertreibungen. Allerdings herrschen zur Zeit hier eine Unmasse von gastro-intestinalen Katarrhen, die zum Theil auf den Genius epidemicus, zum Theil auf die vielfach verbreitete Angst vor der Cholera zurückzuführen sein dürften. Dieselben verschwinden in der Regel bei geeigneter Diät und entsprechender Medication in wenigen Tagen.

Die Behörden fahren mit Vorsichtsmaassregeln unausgesetzt fort: sämmtliche Schulen der Stadt sind bis auf Weiteres geschlossen, alle öffentlichen Tanzbelustigungen verboten, ebenso der Besuch der Krankenhäuser, Irrenanstalten, des Waisenhauses u. s. f. Entgegen böswilligen Gerüchten sei noch erwähnt, dass die von Berlin hierher gesandten Vertreter des Reichsgesundheitsamtes die von den hiesigen Behörden getroffenen Maassnahmen zur Bekämpfung der Epidemie für vollkommen zweckentsprechend und ausreichend erklärt haben.

— In München steht man der drohenden Choleragefahr gerüstet gegenüber. Alle die öffentliche Gesundheitspflege betreffenden Verordnungen, so die Bestimmungen über den Verkehr mit Nahrungsmitteln, über Reinhaltung und Besprengung der Strassen etc., werden mit erhöhter Strenge gehandhabt. Von allen lästigen, den Verkehr hemmenden, in ihrem Werthe aber fraglichen Maassregeln, wie ärztliche Revision und Desinfection der Reisenden, Desinfection der Post u. a., wurde abgesehen, dagegen wurden auf den Bahnhöfen der Stadt Beobachtungsstationen errichtet, auf welchen erkrankt ankommende Reisende die erste Hilfe erhalten und von wo dieselben nach den Krankenhäusern verbracht werden können. — Die Naturforscherversammlung in Nürnberg wird laut Beschluss der Vorstandschaft abgesagt. Es ist sehr zu bedauern, dass nun all die viele Mühe und der grosse Zeitverlust, womit die Vorbereitung der Versammlung für die Geschäftsleitung verbunden ist, umsonst sein soll, allein es ist andererseits klar, dass die Abhaltung einer zum grössten Theil aus Aerzten bestehenden Versammlung zu einer Zeit, wo jeder Arzt auf seinem Posten sein muss, unmöglich ist.

— Eine k. preussische Verordnung vom 21. Juli d. J. bestimmt in Abänderung der Verordnung vom 25. Mai 1887, betr. die Einrichtung einer ärztlichen Standesvertretung, dass zu den Sitzungen der Provinzial-Medicinalcollegien und der wissenschaftlichen Deputation für das Medicinalwesen, in denen allgemeine Fragen oder besonders wichtige Gegenstände der öffentlichen Gesundheitspflege zur Berathung stehen oder in denen über Anträge von Aerztekammern beschlossen wird, Vertreter der Aerztekammern als ausserordentliche Mitglieder mit voller Stimme zuzuziehen sind.

— In Sachen der freien Arztwahl ist für Berlin ein neuer Fortschritt zu verzeichnen. Die Generalversammlung der Delegirten der Ortskrankencasse der Maurer hat den Beschluss gefasst, aus dem Gewerksverein auszutreten und zum 1. 1. 93 die freie Arztwahl einzuführen. Diese Casse zählt 20000 Mitglieder. — In Hamburg ist das System der Cassenärzte durch die Cholera bereits durchbrochen worden. In Folge des drohenden Aerztemangels hat sich die Stadt veranlasst gesehen, den versicherten Dienstboten freizustellen, sich im Falle der Erkrankung an einer choleraartigen Affection auf Rechnung der Casse von irgend einem in Hamburg prakticirenden Arzte behandeln zu lassen.

— Herr Oberarzt Dr. Ernst Rehm hat, wie an anderer Stelle dieser Nr. mitgetheilt ist, seine Entlassung aus dem b. Staatsdienst genommen, um die Direction der Heilanstalt für Gemüthskranke bei München „Asyl Neufriedheim" zu übernehmen. Dr. Rehm, der seit 6 Jahren an der oberbayerischen Kreisirrenanstalt als Oberarzt wirkt, hat sich während dieser Zeit den Ruf eines in wissenschaftlicher wie in praktischer Hinsicht gleich tüchtigen Psychiaters erworben. Im Jahre 1886 wurde ihm nach dem Tode v. Gudden's die interimistische Leitung der Kreisirrenanstalt sowie die Abhaltung der psychiatrischen

Klinik übertragen und hat er sich dieser Aufgabe unter den damaligen schwierigen Verhältnissen zur vollsten Anerkennung seiner vorgesetzten Behörden entledigt. Die neue Anstalt „Asyl Neufriedheim" kann zur Gewinnung einer so ausgezeichneten Kraft nur auf's Wärmste beglückwünscht werden.

— Aus Anlass des bevorstehenden 25jährigen Professoren-Jubiläums des Prof. Dr. Billroth in Wien, der 1829 in Bergen auf Rügen als Sohn eines Predigers geboren ist, wurde in Bergen an dem Geburtshause des berühmten Chirurgen jetzt eine Gedenktafel angebracht. Die Tafel ist von dem Geh. Medicinalrath Prof. Dr. Schmidt in Leipzig gewidmet.

— Von deutschen Städten über 40,000 Einwohner hatten in der 32. Jahreswoche, vom 7.—13. August 1892, die grösste Sterblichkeit Spandau mit 50,3, die geringste Sterblichkeit Bielefeld mit 8,8 Todesfällen pro Jahr und 1000 Einwohner. Mehr als ein Zehntel aller Gestorbenen verstarb an Masern in Bielefeld; an Diphtherie und Croup in Elbing, Osnabrück, Posen und Potsdam.

— In der letzten Jahresversammlung der „British medical Association" wurde dahin Beschluss gefasst, dass diejenigen weiblichen Aerzte, welche mit einem vollgültigen Diplom ausgestattet sind, als Mitglieder in genannte Gesellschaft aufgenommen werden können.

— Am 25.—28. October wird unter dem Vorsitze von Guido Baccelli zu Rom der V. italienische Congress für innere Medicin abgehalten werden. Als officielle Discussions-Themata sind bestimmt: 1) Ueber Herderkrankungen des Gehirns — Referenten: Professoren L. Bianchi und F. Vizioli; 2) Aërotherapie — Referenten: Professoren C. Forlanini und B. Luzzatto; 3) Rheumatische Infection — Professoren A. Riva und T. Gualdi; Vorstand des geschäftsführenden Comité's ist Prof. Maragliano-Genua.

— Der erste internationale Congress für Gynäkologie und Geburtshülfe wird am 14. September zu Brüssel in Gegenwart König Leopold's und sämmtlicher Minister eröffnet werden. Die Sitzungen finden im Palais de l'Académie statt. Die Schlussitzung ist für die Discussion über das Statut des Congresses und die Wahl des nächsten Versammlungsortes reservirt.

— Die Association française pour l'avancement des sciences wird vom 15.—22. September in Pau ihre Jahresversammlung abhalten.

— Die kgl. medicinische Akademie zu Rom schreibt den Riberi-Preis im Betrage von 20000 Frcs. aus für eine in dem Quinquennium 1892—96 gemachte Entdeckung auf dem Gebiete der Anatomie, Physiologie, Pathologie oder Pharmakologie. Die Arbeiten müssen in italienischer, französischer oder lateinischer Sprache verfasst sein. Letzter Termin der Einsendung ist der 31. December 1896.

(Universitäts-Nachrichten.) **Breslau.** Die durch die Berufung des Professor Dr. F. Müller nach Marburg freigewordene Stellung des Dirigenten der inneren Poliklinik in Breslau soll, der D. med. W. zufolge, nicht wieder besetzt werden. Vielmehr soll, wie dies früher der Fall war, die Leitung der Poliklinik wieder mit der Klinik vereinigt werden. Zu dieser Entschliessung soll wesentlich die Thatsache beigetragen haben, dass bei der Entfernung der Poliklinik von dem klinischen Institut dem letzteren ein wesentlicher Abbruch seines Materials erwuchs.

Dublin. Gelegentlich der 300jährigen Jubelfeier der Universität fand die Ertheilung der Ehrendoctorwürde als Doctor der Wissenschaften an eine Anzahl hervorragender Gelehrten statt, von welchen wir hervorheben: Julius Kollmann-Basel, Richet-Paris, Turner-Edinburg, Waldeyer-Berlin; der Ehrengrad als Doctor der Medicin wurde verliehen: John S. Billings-Washington, Thomas Bryant, Sir Andrew Clark-London, Adolf Gusserow-Berlin, Jonathan Hutchinson-London, Thomas Grainger Stewart-Edinburg. — **Krakau.** Dr. v. Kostanecki, früher Volontair-Assistent an der 1. anatomischen Anstalt in Berlin und seit Anfang dieses Jahres Prosector unter Prof. Bonnet in Giessen, wurde zum Professor der Anatomie in Krakau ernannt.

(Todesfälle.) In der Heilanstalt Döbling bei Wien starb der bekannte Gynäkologe Professor Ludwig Bandl im 50. Lebensjahre. Der unglückliche Gelehrte erkrankte vor 2 Jahren, kurz nachdem er einem ehrenvollen Ruf als Ordinarius nach Prag gefolgt war.

Geh. Medicinalrath Dr. Theod. Leisering, Director der Thierarzneischule in Dresden, früher Jahre lang in Berlin thätig, ist am 20. ds. Mts. verstorben.

Berichtigung. In No. 34 ist auf Seite 604, Sp. 1, Z. 38 und 39 v. o. zu lesen: Zinc. sozojodol. 1,0
Talc. venet. 9,0 (statt umgekehrt).

Personalnachrichten.

Bayern.

Bewilligt. Dem k. Oberarzt der oberbayerischen Kreisirrenanstalt zu München Dr. Ernst Rehm die nachgesuchte Entlassung aus dem Staatsdienste, unter Anerkennung seiner mehrjährigen ersprieslichen Dienstleistung.

Verzogen. Dr. Emoan Max von München nach Gochsheim.

Niederlassungen. Dr. Max Mulzer in Kimratshofen (B.-A. Kempten.); Dr. Julius Moses zu Rodalben; Carl Pauly zu St. Ingbert.

Morbiditätsstatistik d. Infectionskrankheiten für München

in der 33. Jahreswoche vom 14. bis 20. August 1892.

Betheil. Aerzte 345. — Brechdurchfall 172 (97*), Diphtherie, Croup 28 (33), Erysipelas 9 (8), Intermittens, Neuralgia interm. 2 (—), Kindbettfieber — (3), Meningitis cerebrospin. — (—), Morbilli 11 (17), Ophthalmo-Blennorrhoea neonatorum 6 (8), Parotitis epidemica 1 (—), Pneumonia crouposa 10 (9), Pyaemie, Septicaemie — (1), Rheumatismus art. ac. 27 (14), Ruhr (dysenteria) — (—), Scarlatina 5 (6), Tussis convulsiva 14 (15), Typhus abdominalis 2 (5), Varicellen 5 (9), Variola — (—). Summa 292 (225). Medicinalrath Dr. Aub.

Uebersicht der Sterbfälle in München

während der 33. Jahreswoche vom 14. bis 20. August 1892.

Bevölkerungszahl 366,000.

Todesursachen: Pocken — (—*), Masern 1 (—), Scharlach 1 (—), Rothlauf — (—), Diphtherie und Croup 4 (3), Keuchhusten 3 (1), Unterleibstyphus — (—), Brechdurchfall 20 (10), Ruhr — (—), Kindbettfieber — (—), Croupöse Lungenentzündung 1 (—), Genickkrampf — (—), Blutvergiftung — (—), Acut. Gelenkrheumatismus — (—), andere übertragbare Krankheiten 1 (1).

Die Gesammtzahl der Sterbefälle 213 (172), der Tagesdurchschnitt 30,4 (24.6). Verhältnisszahl auf das Jahr und 1000 Einwohner im Allgemeinen 30.3 (24.4), für die über dem 1. Lebensjahre stehende Bevölkerung 14.5 (12.9), für die über dem 5. Lebensjahre stehende 12.8 (10.9).

*) Die eingeklammerten Zahlen bedeuten die Fälle der Vorwoche.

Generalrapport über die Kranken der kgl. bayer. Armee

für den Monat Juli 1892.

1) Bestand am 30. Juni 1892 bei einer Kopfstärke des Heeres von 57313 Mann, 115 Invaliden: 1520 Mann, 7 Invaliden.

2) Zugang: im Lazareth 1067 Mann, — Invalide, im Revier 2491 Mann, 2 Invalide. Summa 3558 Mann, 2 Invaliden. Mithin Summe des Bestandes und Zuganges nach der Zahl 5078 Mann, 9 Invaliden, auf Tausend der Iststärke 88,60 Mann und 78,20 Invaliden.

3) Abgang: geheilt 3564 Mann, 1 Invalide; gestorben 10 Mann, — invalide; invalide 32 Mann; dienstunbrauchbar 74 Mann; anderweitig 149 Mann: Summa: 3829 Mann, 1 Invalide.

4) Hiernach sind geheilt von 1000 der Kranken 701,85, 111,11 der erkrankten Invaliden; gestorben 1,97, — der erkrankten Invaliden.

5) Mithin Bestand am 31. Juli 1892: 1249 Mann, 8 Invalide, von 1000 der Iststärke 21,79 Mann, 69,57 Invalide. Von diesem Krankenstande befanden sich im Lazareth 887 Mann, 6 Invalide, im Revier 362 Mann, 2 Invalide.

Von den in militärärztlicher Behandlung Gestorbenen haben gelitten an: Unterleibstyphus 1, Epidemischer Genickstarre 1, Grippe 1, Krebskachexie 1, eiteriger Hirnhautentzündung 1. chronischer Lungenschwindsucht 2, Herzklappen-Fehler 1, acutem Leberschwund 1, tuberculöser Bauchfellentzündung 1.

Ausser den in militärärztlicher Behandlung Verstorbenen sind noch 5 Todesfälle durch Verunglückung (Ertrinken 3, Sturz aus einem Fenster 1, Explosion eines Zünders mit Sprengstoff 1) und 1 Selbstmord (Ertränken) vorgekommen, so dass die active Armee im Ganzen 16 Mann durch Tod verloren hat.

Literatur.

(Bei der Redaction zur Recension eingegangen.)

Klinische Zeit- und Streitfragen. Herausgegeben von J. Schnitzler. Wien, Braumüller, 1892.
Band VI. Heft 1 u. 2: Erfolge u. Misserfolge d. med.-chir. Praxis.
„ Heft 3: Benedikt, Neuralgien.
„ Heft 4: Wichmann, Elektricität bei Nervenkrankh.
„ Heft 5 u. 6: Hofmokl, Mittheilungen über Darmocclusionen.

Angerer, Die neue chirurgische Klinik in München. München, Rieger, 1892.

Behring, Die praktischen Ziele der Blutserumtherapie. Leipzig, Thieme, 1892. M. 2.50.

Emmerich und Trillich, Anleitung zu hygienischen Untersuchungen. 2. Aufl. München, Rieger, 1892. 8 M.

Hirsch, Leitfaden mit Muster-Statuten für freie Hülfscassen. Unter besonderer Berücksichtigung der Krankenversicherungs-Novelle. Bremen, Heine, 1892.

Hirschberg, Einführung in die Augenheilkunde. Theil I. Leipzig, Thieme, 1892.

Verlag von J. F. Lehmann in München. — Druck der Akademischen Buchdruckerei von F. Straub in München.